Ciencias de la salud

# Métodos y medios en promoción y educación para la salud

Fernando Marqués
Salvador Sáez
Rafael Guayta (eds.)

EDITORIAL UOC

# Métodos y medios en promoción y educación para la salud

# Métodos y medios en promoción y educación para la salud

Fernando Marqués
Salvador Sáez
Rafael Guayta (eds.)

EDITORIAL UOC

Diseño del libro, de la portada y de la colección: Manel Andreu

Primera edición en lengua castellana: mayo 2004

© Fundació de la Universitat Oberta de Catalunya
© Carles Aguilar, José Ramón Calvo, Rosa Collado, Josep Corbella, Ana Escayola, Pere Font, Carmen Gamella, Concha Germán, Rafael Guayta, Olga Huget, Dolors Juvinyá, Fernando Marqués, Antonio Martín, Rosa María Pérez, Biel Porcel, Andreu Prat, José María Puigvert, Enric Pujadas, Xavier Reverter, Teresa Robledo, Salvador Sáez, Jesús Sánchez Martos, Judit Serrano, Carmen Vilá, Marta Vilanova.
© 2004 Editorial UOC
Aragó, 182, 08011 Barcelona
www.editorialuoc.com

Realización editorial: Eureca Media, S.L.
Impresión: Gráficas Rey, SL

ISBN: 84-9788-013-7
Depósito legal:

*Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño general y la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio,sea éste eléctrico, químico, mecánico, óptico, grabación, fotocopia, o cualquier otro, sin la previa autorización escrita de los titulares del* copyright.

## *Editores*

**Fernando Marqués**
Doctor en Medicina y Cirugía. Profesor de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Fundació Universitària del Bages en Manresa. Médico de atención primaria del Instituto Catalán de la Salud.

**Salvador Sáez**
Diplomado en Enfermería. Profesor titular de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Lleida

**Rafael Guayta**
Licenciado en Medicina y Cirugía. Profesor de la Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona. Responsable de investigación en Educación sanitaria de la Dirección General de Salud Pública del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña.

## *Autores*

**Carles Aguilar**
Licenciado en Ciencias de la Información. Director del programa *Área de consulta* de Radio Salud de Barcelona.

**José Ramón Calvo**
Profesor titular de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

**Rosa Collado**
Licenciada en Ciencias de la Educación. Directora de Agers de Comunicació Visual SA

**Josep Corbella**
Licenciado en Ciencias de la Información. Redactor de temas de salud de La Vanguardia.

**Ana Escayola**
Diplomada en Enfermería. Profesora de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Fundació Universitària del Bages en Manresa.

**Pere Font**
Licenciado en Psicología. Instituto de Estudios de la Sexualidad y la Pareja de Barcelona.

**Carmen Gamella**
Licenciada en Medicina y Cirugía. Profesora asociada de la cátedra de Educación para la Salud de la Universidad Complutense de Madrid.

**Concha Germán**
Licenciada en Antropología. Diplomada en Enfermería. Profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería de Zaragoza. Especialista en Educación para la Salud.

**Rafael Guayta**
Licenciado en Medicina y Cirugía. Profesor de la Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona. Responsable de investigación en Educación sanitaria de la Dirección General de Salud Pública del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Cataluña.

**Olga Huget**
Licenciada en Ciencias de la Información. Jefe del Departamento de Prensa del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña. Coordinadora periodística de *Salut Catalunya*.

**Dolors Juvinyá**
Catedrática de Educación para la Salud de la Escuela Universitaria de Enfermería de Girona.

**Fernando Marqués**
Doctor en Medicina y Cirugía. Profesor de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Fundació Universitària del Bages en Manresa. Médico de Atención Primaria del Institut Català de la Salut.

**Antonio Martín**
Diplomado en Enfermería. Responsable de la Unidad de Atención al Usuario. Ciutat Sanitària de Bellvitge.

**Rosa María Pérez**
Doctora en Psicología. Profesora titular de Psicología social de la Universidad de Lleida.

**Biel Porcel**
Director del grupo de marionetas Binixiflat.

**Andreu Prat**
Profesor titular de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona.

**José María Puigvert**
Profesor de la Escuela de Cinematografía Calasanz.

**Enric Pujadas**
Licenciado en Ciencias Económicas. Director general de la agencia de publicidad Bassat, Ogilvy & Mather.

**Xavier Reverter**
Guionista de cómics.

**Teresa Robledo**
Licenciada en Medicina y Cirugía. Departamento de Promoción y Educación para la Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo en Madrid.

**Salvador Sáez**
Diplomado en Enfermería. Profesor titular de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Lleida.

**Jesús Sánchez-Martos**
Catedrático de Educación para la Salud de la Universidad Complutense de Madrid.

**Judit Serrano**
Doctora en Pedagogía. Diplomada en Enfermería.

**Carmen Vilá**
Diplomada en Enfermería y Magisterio. Especialista en educación para la salud. Profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital Sant Pau de Barcelona.

**Marta Vilanova**
Diplomada en Enfermería. Profesora de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Fundació Universitària del Bages en Manresa

# Índice

**Prólogo** ..... 19

**Presentación** ..... 23

**Capítulo I. Marco conceptual de la promoción y educación para la salud**..... 25
Jesús Sánchez-Martos

**1. Definiciones y conceptos** ..... 25
1.1. La salud y sus determinantes ..... 25
1.2. Promoción de la salud ..... 27
1.3. Educación sanitaria. Educación para la salud y educación terapéutica ..... 28
1.4. Información frente a comunicación ..... 34
1.5. Comunicación persuasiva y participativa ..... 37
1.6. Influencia de los medios de comunicación social ..... 39
1.7. Influencia del agente de educación sanitaria ..... 46
**2. Proceso de enseñanza–aprendizaje** ..... 47
2.1. Teoría del aprendizaje y su aplicación práctica ..... 47
2.2. Perfil y habilidades del educador ..... 49
2.3. Objetivos de aprendizaje en un programa de educación sanitaria ..... 51
**3. Metodología de la educación sanitaria** ..... 54
3.1. Métodos y medios de la educación sanitaria ..... 55
3.2. Métodos directos ..... 57
3.3. Métodos indirectos ..... 57
3.4. Medios de apoyo educativo ..... 59

**Capítulo II. Métodos directos** ..... 63
Fernando Marqués

**1. Elementos que hay que tener en cuenta** ..... 63
1.1. La palabra ..... 63
1.2. El espacio ..... 65
1.3. El tiempo ..... 67
1.4. La distancia ..... 68
**2. Tipos de métodos directos** ..... 68
2.1. La entrevista ..... 68
2.2. La clase magistral ..... 70
2.3. La conferencia ..... 70
2.4. La charla ..... 71
2.5. Los grupos reducidos ..... 71
2.6. Otros métodos directos ..... 72
2.7. Los diez mandamientos del orador ..... 72

**Capítulo III. Medios de soporte educativo (1)** ..... 73
Dolors Juvinyà y Fernando Marqués

**1. Local y auditorio** ..... 73
**2. La pizarra** ..... 75
2.1. Cómo se utiliza ..... 76
2.2. La pizarra blanca ..... 77
2.3. Libreta pizarra o rotafolios ..... 78
2.4. El franelograma ..... 79
2.5. La pizarra magnética ..... 81
**3. La mesa** ..... 81
**4. Los pupitres o sillas** ..... 81
**5. La tarima** ..... 82
**6. El micrófono** ..... 82
**7. El puntero** ..... 83

**Capítulo IV. Medios de soporte educativo (2)** ..... 85
Ana Escayola

**1. Transparencias** ..... 85
1.1. El retroproyector ..... 85
1.2. Pantalla ..... 86
1.3. Transparencias ..... 86
1.4. Cómo hacer transparencias ..... 88
1.5. Errores más frecuentes ..... 89
**2. Diapositivas** ..... 95
2.1. El proyector de diapositivas ..... 95
2.2. Pantalla ..... 96
2.3. Diapositivas ..... 96
**3. Fotografías** ..... 98
**4. Demostraciones prácticas: visitas, maniquíes, maquetas** ..... 100
4.1. Visitas ..... 100
4.2. Maniquíes ..... 101
4.3. Maquetas o modelos ..... 102
**5. Cañón de proyección** ..... 102

**Capítulo V. El consejo médico** ..... 105
Andreu Prat y Rafael Guayta

**1. Establecimiento de la alianza educativa** ..... 106
**2. Universalización del consejo** ..... 107
**3. Investigar los hábitos del paciente** ..... 108
**4. Priorizar la conducta o conductas que hay que modificar** ..... 109
**5. Diseño del plan educativo** ..... 109
**6. Desarrollo del plan** ..... 110
**7. Monitorización de los progresos alcanzados** ..... 112

**Capítulo VI. La educación para la salud en grupos** ..... 115
Salvador Sáez y Rosa Mª Calvo

**1. Conceptos de grupo**..... 115

**2. Tamaño del grupo** ..... 117
2.1. Efectos positivos de la intervención en grupo pequeño ..... 118
**3. Tipología de roles** ..... 119
3.1. Roles relacionados con el trabajo ..... 120
3.2. Roles socioafectivos ..... 121
3.3. Roles individuales o negativos ..... 122
**4. Liderazgo** ..... 123
4.1. Tres estilos de liderazgo en la conducción de grupos ..... 124
**5. Técnicas para trabajar la creatividad en grupo** ..... 126

**Capítulo VII. Educación para la salud individual frente a la grupal** ..... 129
Carmen Gamella

**1. La educación individual** ..... 133
**2. La educación grupal** ..... 137
**3. Una experiencia práctica** ..... 143
**4. A modo de conclusión** ..... 144

**Capítulo VIII. La carta circular** ..... 147
Rafael Guayta

**1. La escritura debe ser expositiva o persuasiva** ..... 148
**2. La escritura debe ser respetuosa** ..... 149
**3. Estructuración del texto** ..... 150
**4. Jerarquía de signos** ..... 150
**5. Selección sintáctica, eficiencia** ..... 150

**Capítulo IX. Folleto educativo y cartel sensibilizador** ..... 153
Teresa Robledo

**1. Metodología** ..... 153
**2. Criterios generales para el diseño y utilización de material educativo** ..... 155

**3. Folletos** ..... 157
**4. Edición de un folleto** ..... 158
4.1. Evaluación (pre-test) ..... 164
4.2. Distribución ..... 166

**Anexos** ..... 167

**Capítulo X. La comunicación visual en la divulgación sanitaria** ..... 171
Rosa Collado

**1. Metodología en el proceso de elaboración del material de divulgación sanitaria** ..... 172
1.1. Primera fase del proceso: definición del objetivo ..... 173
1.2. Segunda fase del proceso: definición del *target* ..... 174
1.3. Tercera fase del proceso: determinación de la estrategia ..... 176
1.4. Cuarta fase del proceso: selección y desarrollo del contenido ..... 176
1.5. Quinta fase del proceso: desarrollo del material de divulgación, que puede ser en diferentes soportes, como cartel, díptico, manual, etc. ..... 177
**2. Análisis comunicativo de un material gráfico de divulgación sociosanitaria** ..... 181
2.1. Definición del objetivo ..... 181
2.2. Definición del *target* ..... 182
2.3. Determinación de la estrategia ..... 182
2.4. Selección y desarrollo del contenido ..... 183
2.5. Desarrollo del material de divulgación ..... 187
**3. Conclusiones** ..... 191

**Capítulo XI. Prensa escrita** ..... 193
Olga Huguet

**1. Prensa y revista** ..... 193
**2. Metodología de elaboración de un artículo** ..... 197

**Capítulo XII. El cómic** ..... 203
Xavier Reverté y Salvador Sáez

**1. La cuestión del nombre: cómic, historieta, tebeo** ..... 203
**2. ¿Qué es el cómic?** ..... 203
2.1. Introducción histórica ..... 204
**3. El lenguaje del cómic** ..... 207
**4. ¿Cómo se hace un cómic?** ..... 213

**Capítulo XIII. El programa radiofónico** ..... 217
Carles Aguilar

**1. Internet y la radio** ..... 217
**2. La radio especializada** ..... 218
**3. Área de consulta** ..... 219
3.1. ¿Por qué un programa de radio especializado en promoción y educación para la salud? ..... 219
3.2. Estructura y funcionamiento ..... 220
**4. Área de Consulta en Internet** ..... 224
**5. Perspectivas de futuro** ..... 225

**Capítulo XIV. Educación para la salud y medios audiovisuales** ..... 229
Josep Mª Puigvert

**1. Educación e información a través del audiovisual** ..... 229
**2. ¿Es útil el audiovisual para educar?** ..... 230
**3. La imagen** ..... 231
**4. La imagen en movimiento** ..... 232
**5. Atraer la atención con el movimiento** ..... 232
**6. La imagen y el movimiento a través de la cámara** ..... 232
**7. Métodos para concentrar la atención del espectador** ..... 233
**8. La familiarización de la población con el lenguaje audiovisual** ..... 234
**9. El lenguaje audiovisual** ..... 235

**10. Conceptos básicos** ..... 236
**11. Dimensión semántica del audiovisual** ..... 238
**12. Metodología de elaboración del audiovisual** ..... 242
12.1. Proceso de elaboración ..... 244
12.2. Pre-producción ..... 244
12.3. Arranque del proyecto ..... 247
12.4. Producción ..... 247
12.5. Difusión ..... 249

**Capítulo XV. Internet y educación para la salud** ..... 251
Pere Font

**1. La revolución de Internet** ..... 251
**2. Servicios de Internet** ..... 254
2.1. La World Wide Web (WWW) ..... 254
2.2. Correo electrónico ..... 258
2.3. El protocolo FTP ..... 258
2.4. Listas de distribución ..... 259
**3. Utilidad de Internet** ..... 262
**4. El futuro de Internet: oportunidades y amenazas** ..... 264
**5. Recursos en la red** ..... 265

**Capítulo XVI. Montajes audiovisuales** ..... 269
Salvador Sáez y Judith Serrano

**1. Funciones del montaje audiovisual** ..... 270
**2. Bases técnicas del montaje audiovisual** ..... 273
2.1. Preparación del montaje audiovisual ..... 273
**3. Realización del montaje audiovisual** ..... 276
3.1. Edición ..... 276
**4. Componente visual del montaje audiovisual** ..... 278
**5. Componente auditivo del montaje audiovisual** ..... 281
**6. Exhibición del montaje audiovisual** ..... 282
**7. Análisis del montaje audiovisual** ..... 284

**Capítulo XVII. La gran campaña mediática** ..... 287
Rafael Guayta

**1. Selección de agencias** ..... 293
1.1. Preselección ..... 296
1.2. Selección ..... 297
**2. Generalizaciones acerca de las campañas de comunicación de masas sobre el tema de salud** ..... 297

**Capítulo XVIII. Dramatización y teatro** ..... 301
Antonio Martín

**1. Resumen histórico** ..... 302
**2. Evolución de las formas dramáticas** ..... 303
**3. Géneros dramáticos más habituales** ..... 304
**4. Dramatización y teatro** ..... 304
**5. El teatro en la educación sanitaria** ..... 309
5.1. La escenificación de un texto ..... 310
5.2. La improvisación ..... 319
5.3. Lo que necesitamos ..... 320
5.4. ¿Cómo empezar? ..... 321
5.5. La duración ..... 322
5.6. Técnicas que nos ayudarán ..... 322

**Capítulo XIX. Marionetas** ..... 333
Biel Porcel

**1. Breve resumen histórico** ..... 334
**2. Tipos de títeres** ..... 335
2.1. El títere de guante ..... 335
2.2. Títeres de varilla ..... 336
2.3. Títeres de hilo o marionetas ..... 337
2.4. Títeres de goma-espuma ..... 339
**3. La construcción** ..... 339

**4. Los materiales** ..... 340
4.1. El papel ..... 340
4.2. Cartón piedra ..... 341
4.3. La goma-espuma ..... 341
4.4. Fibra de vidrio ..... 341
4.5. Porexpan ..... 342
**5. La manipulación del títere de guante** ..... 342
5.1. Los ejes y el suelo ..... 343
5.2. La mirada ..... 343
5.3. La respiración ..... 344
5.4. La actitud ..... 344
5.5. El movimiento ..... 344
5.6. El espacio ..... 345
5.7. La proyección ..... 345
5.8. La complicidad ..... 345
**6. La voz en el teatro de títeres** ..... 346

**Capítulo XX. Educación para la salud y el juego** ..... 347
Marta Vilanova y Fernando Marqués

**1. El juego y sus definiciones** ..... 348
**2. Características del juego** ..... 350
**3. Rol del educador** ..... 351
**4. Rol del jugador** ..... 352
**5. Los juegos en educación para la salud** ..... 353
5.1. Juegos de presentación ..... 353
5.2. Juegos para reforzar conocimientos ..... 356
5.3. Juegos sobre estilos de vida o actitudes ..... 358
5.4. Un juego sobre alimentación ..... 359
5.5. Un juego diferente ..... 363

**Capítulo XXI. Evaluación de la efectividad de los medios de educación sanitaria** ..... 365
Concha Germán Bes

**1. Qué es evaluar** ..... 366
1.1. Breve historia de la evaluación de la educación para la salud ..... 367
1.2. El modelo y el método de la educación condicionan la evaluación ..... 369
1.3. ¿Qué evaluar? ..... 370
1.4. El qué y el cuándo hacer la evaluación ..... 374
**2. Técnicas de evaluación y su recomendación** ..... 376
2.1. Cuestionario, encuesta ..... 376
2.2. Observación, demostración ..... 377
2.3. Grupo focal ..... 377
2.4. Análisis de contenido ..... 378
2.5. Estudio de casos ..... 378
2.6. Torbellino de ideas ..... 378
2.7. Técnicas de evaluación de la legibilidad: SMOG, FOG ..... 379
**3. Ejemplos de evaluación** ..... 379
3.1. Ejemplo de un programa de promoción de salud ..... 379

**Bibliografía** ..... 387

# Prólogo

Hoy en día se considera que la educación sanitaria es una de las actividades fundamentales para la promoción de la salud de la población, por lo cual ha de ocupar una posición preponderante entre las intervenciones del sistema sanitario y educativo.

El campo de acción de la educación sanitaria es toda la colectividad. Cualquier persona, cualesquiera que sean su edad, sexo, nivel de renta, lugar de residencia y las circunstancias de su vida personal, familiar o social, puede y debe beneficiarse de la educación sanitaria.

Las necesidades de los distintos individuos y grupos sociales no son uniformes y los objetivos que hay que lograr son diferentes. Ello justifica que no haya un único programa de educación sanitaria, sino programas muy diversos adaptados a necesidades específicas muy variadas, con objetivos distintos adaptados a estas necesidades. De todas formas, los programas prioritarios son los desarrollados en la escuela, en el sistema de asistencia sanitaria y en los medios de comunicación de masas.

Los condicionantes y razones que mueven las actuaciones de las personas son muy variados, pero hay que reconocer que, por lo general, los resultados de las actuaciones educativas no dependen tanto de las acciones del educador como de las motivaciones que se activan en el destinatario. Por lo tanto, las estrategias educativas tendrán que ir encaminadas a despertar estas motivaciones.

Así pues, cualquier intervención educativa tendrá que partir necesariamente de los intereses inmediatos y vitales de la persona. Por muchos mensajes que se lancen, o incluso modelos positivos que se ofrezcan, si la persona a la que va dirigido el mensaje no está interesada en la cuestión, no habrá cambio comportamental.

En este sentido, la intervención educativa tendrá una parte importante de observación dirigida a ampliar el conocimiento de la persona o población obje-

to de la intervención (cómo vive la enfermedad, creencias en cuanto a la medicación, obstáculos para el cumplimiento, etc.). La relación asistencial a largo plazo en la atención primaria de salud es un marco facilitador de este conocimiento.

En síntesis, los aspectos que pueden mejorar la efectividad de la educación sanitaria son la planificación adecuada de los programas y el diagnóstico educativo que establezca la combinación de métodos y técnicas que más se avengan al problema educativo concreto en que se trabaja. La efectividad de la educación sanitaria depende directamente de la adecuación del diseño y de la adaptación de los métodos y técnicas de intervención educativa a los objetivos establecidos.

Dada la importancia de la promoción de la salud y más específicamente, de la educación para la salud a fin de hacer frente a los retos actuales que nos plantean las nuevas patologías y en general, para conseguir un buen nivel de salud individual y colectivo, hay que felicitarse por la aparición de nuevas publicaciones que aportan medios para facilitar el trabajo en este campo.

Éste es el caso del libro *Métodos y medios en promoción y educación para la salud*, editado por los profesionales Rafael Guayta, Fernando Marqués y Salvador Sáez, que abre un amplio abanico de posibilidades prácticas de intervención para diferentes profesionales relacionados con la educación para la salud, aportando multitud de medios y recursos didácticos aplicados a la educación sanitaria de escolares, personas sanas y pacientes, con un enfoque individual (entrevista sanitaria) y con métodos orientados a colectivos y grupos.

El contenido de las diferentes aportaciones teórico-prácticas viene avalado por la contrastada trayectoria profesional de los diferentes autores, lo que hace de este manual un instrumento útil en el campo de la promoción de la salud.

La pluralidad de autores aporta una visión multiprofesional de la educación sanitaria. El texto cuenta con diversas visiones: desde la de pedagogos y psicólogos, pasando por epidemiólogos, hasta la de publicistas o periodistas, lo que forma un rico calidoscopio que nos indica la complejidad del acto educativo y de promoción de la salud.

Deseo resaltar especialmente el capítulo que hace referencia a la evaluación en educación para la salud, ya que ésta no siempre ha estado presente en la planificación y ejecución de los programas de educación sanitaria llevados a cabo en el pasado, lo que ha influido de forma negativa en el prestigio de las intervenciones de educación sanitaria. La evaluación ha de ser, por tanto, una parte

imprescindible del planteamiento inicial de cualquier programa que nos permita medir su impacto sobre la población a la cual se dirige.

Estoy convencido de que este libro será útil para diversos sectores profesionales, pedagogos, médicos, psicólogos, etc. Todos ellos podrán encontrar información valiosa para enriquecer el trabajo sectorial que realizan, lo que contribuirá necesariamente a la mejora de la salud individual y colectiva de las personas a su cargo. Por último, quiero felicitar a los editores del libro por el esfuerzo realizado. Espero y deseo que el libro sea un éxito y que contribuya a la mejora de las actividades de educación sanitaria que se realizan en los diferentes ámbitos asistenciales y en la escuela, y con ello, a la mejora de la salud de la población.

Lluís Salleras
Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública
Universidad de Barcelona

# Presentación

La programación de actividades de promoción y educación para la salud requiere una metodología adecuada para conseguir el fin que se proponen. Este fin no es otro que dotar a las personas de la capacidad suficiente para controlar su salud. La promoción y la educación para la salud pretenden proporcionar las herramientas necesarias para conseguir modificar conductas y actitudes, aportar conocimientos y practicar habilidades, de forma que las personas que participen en estos programas consigan mejorar su calidad de vida y contribuyan a mejorar la calidad de vida de los demás.

No siempre los profesionales que se dedican a este tipo de actividades disponen de los recursos metodológicos y materiales suficientes para llevar a cabo su trabajo. El presente libro pretende ser un compendio de medios y métodos orientados al campo de la promoción y la educación para la salud.

Existen diferentes grupos de población sobre los que se puede actuar. Estos grupos pueden ser diferenciados por edad, sexo, nivel cultural, profesiones, etc. A la hora de planificar actividades, hemos de tener en cuenta las peculiaridades de cada grupo y la manera en que nuestro mensaje llegará con más claridad y mejor aceptación.

La diversidad de posibilidades de métodos y medios para conseguir los objetivos propuestos hace que sea necesario conocer el mayor número de ellos, para elegir el más adecuado. Todos ellos son aprovechables, y todos ellos requieren un aprendizaje previo para poder ejecutarlos.

El libro *Métodos y medios en promoción y educación para la salud* que tiene en sus manos recoge veintiséis de estos métodos. Todos ellos han sido escritos por expertos que los conocen y practican habitualmente, y todos ellos están orientados hacia la promoción y la educación para la salud.

El primer capítulo trata de situar un marco conceptual donde los métodos y medios expuestos tengan una justificación como herramientas para conseguir los objetivos que se proponen en la metodología educativa.

Los cuatro capítulos siguientes abordan los métodos directos, en los que no existe ningún intermediario entre el receptor y el emisor y que son los métodos utilizados con más frecuencia.

A continuación hay siete capítulos dedicados a estudiar los medios escritos, acompañados de gráficos, dibujos o fotografías, a fin de facilitar su uso y conocer la mejor manera de aprovechar su capacidad de comunicar. Algunos de estos métodos también son utilizados frecuentemente por los/as profesionales.

Tras los medios escritos, el libro recoge cinco capítulos dedicados a los medios en los que la imagen, el sonido y las nuevas tecnologías nos descubren parte de sus secretos para poder adaptarlas a la promoción y educación para la salud.

Posteriormente se dedican tres capítulos a métodos poco convencionales pero muy eficaces, como el teatro, las marionetas y los juegos. La colaboración entre profesionales expertos en estas técnicas puede conseguir que estos métodos sean cada vez más aceptados y practicados.

El siguiente capítulo está dedicado a los medios de soporte más frecuentes utilizados en la comunicación, tanto en educación como en salud. Se trata de medios como las transparencias, la pizarra, las diapositivas o las demostraciones prácticas; todos ellos muy utilizados, pero no siempre dominados por los profesionales en grado suficiente como para obtener de ellos el máximo rendimiento.

Para finalizar, el último capítulo trata la manera de evaluar si los medios y métodos que utilizamos son realmente efectivos y eficaces, y para ello propone una serie de técnicas que facilitan esta evaluación.

El libro va dirigido a profesionales del campo de la educación, de la salud y de las ciencias sociales, así como a los profesionales de otros campos preocupados por mejorar sus habilidades educativas y su capacidad de hacerse entender.

En promoción y educación para la salud no basta con emitir un mensaje, sino que es necesario conseguir que el mensaje llegue, se entienda, se acepte y, en la mayoría de los casos, modifique actitudes, hábitos y conductas que mejoren la calidad de vida del que recibe el mensaje.

Este libro ha sido escrito con la intención de ayudar a los profesionales que dedican su tiempo a esta noble actividad.

Los editores

Capítulo I

# Marco conceptual de la promoción y educación para la salud

Jesús Sánchez-Martos

## 1. Definiciones y conceptos

### 1.1. La salud y sus determinantes

Durante mucho tiempo a lo largo de la historia, la salud se ha venido definiendo como una *salud negativa*, estableciéndola únicamente como "la ausencia de enfermedades e invalideces", definición que no puede sostenerse con rigor en la actualidad, toda vez que la mayoría de las veces resulta a todas luces un verdadero imposible. Este hecho no tiene ninguna defensa, como no la tiene el hecho de que la riqueza es la ausencia de la pobreza, ni la paz la ausencia de la guerra.

En realidad, hasta mediados del siglo XX no se empieza a entender la salud desde puntos de vista realmente positivos. En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Carta Magna Constitucional, la define como "el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".[1] Se trata de una definición estática y subjetiva, puesto que existen diferentes grados de salud, en lo que Terris denomina "continuo salud-enfermedad", y considerando que no establece los aspectos objetivos de la capacidad funcional. Así, Milton Terris[2] finalmente la define como "un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

1. OMS (1946). *Carta Magna Constitucional*.
2. M. Terris (1980).

También resulta relevante la definición que incorpora a la bibliografía Salleras Sanmartí: "la salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento, que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad".[3] Observemos que se trata de una definición que incorpora un concepto dinámico de salud, que sin duda será fundamental a la hora de estudiar el concepto y los objetivos de la educación para la salud.

Esta histórica discusión en torno a la definición de la salud justifica claramente el estudio de los denominados "factores determinantes de la salud", que se recogen en el modelo descrito por Lalonde, en 1974: *1)* factores biológicos, *2)* medio ambiente (biológico, psicosocial y cultural), *3)* estilos de vida y *4)* sistema de asistencia sanitaria.[4]

Cuando Lalonde estudia la proporción relativa del gasto público, en cuanto a los cuatro factores enumerados anteriormente, demuestra cómo los gobiernos utilizan aproximadamente el 80% del mismo en la asistencia sanitaria, destinando para el estilo de vida, incluso menos del 5%, resultando de esta manera, en la práctica, el factor menos tenido en cuenta, junto con el medio ambiente, para el desarrollo de la salud pública, al contrario de lo que cabría esperar de acuerdo con su importancia relativa. Numerosos estudios realizados a partir del Informe Lalonde han confirmado en toda su extensión la importancia de los diferentes estilos de vida como verdaderos determinantes de la salud. Estilos de vida que marcan una gran variedad de conductas insanas y que, a su vez, determinan el grado de salud de una población: el consumo de drogas, tanto las institucionalizadas, como el tabaco y el alcohol, como las denominadas drogas ilegales, la falta de ejercicio físico, el consumo excesivo de grasas saturadas, la falta de hábito de cumplimentar un adecuado desayuno, el estrés, las diferentes prácticas de riesgo en cuanto a la conducta sexual, la falta de cumplimiento terapéutico, y un largo etcétera.

Por otra parte, muchos de estos estudios demuestran cómo las conductas insanas potencian un incremento significativo de los indicadores de mortalidad prematura y morbilidad, al contrario de lo que sucede cuando los estilos de vida

3. L. Salleras Sanmartí (1990).
4. M.A. Lalonde (1974).

son sanos, hecho que contribuye de forma importante a mantener una "salud positiva", incrementando la "calidad de vida de la población".

Sin embargo, merece la pena destacar que cuando la comunidad científica internacional constató estos hechos y demostró que la modificación de los estilos de vida y los factores ambientales influían más en la mejora de los indicadores de salud que las propias aportaciones de los avances científicos y técnicos, se despertó una clara inquietud, protagonizada por los propios responsables de la asistencia sanitaria.

## 1.2. Promoción de la salud

A lo largo del desarrollo de la conocida Conferencia de Alma-Ata, en 1978, la propia OMS, dentro de su desarrollo programático, establece que la promoción de la salud ha de ser uno de los aspectos fundamentales que deben abordar todos los gobiernos, idea que se reitera nuevamente en 1981, cuando se definen los principios estratégicos de "salud para todos en el año 2000", estableciendo entonces que la promoción de estilos de vida saludables, unida a la prevención de enfermedades evitables, y la rehabilitación de la salud deteriorada, deben ser considerados a la hora de conseguir un nivel mínimo de salud para la población mundial. Acabamos de superar la frontera del 2000, que a muchos les parecía lejana e inalcanzable, y lo que verdaderamente parece inalcanzable es la existencia de verdaderos programas de gobierno que establezcan una adecuada promoción de la salud en todos los países del mundo.[5]

La Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa en 1986, dio lugar a la famosa y conocida Carta de Ottawa, que incorpora el concepto de promoción de la salud, y donde textualmente, se afirma: "La promoción de la salud es el proceso de capacitar a la población para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore. Para alcanzar un estado completo de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus ambiciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar el ambiente o adaptarse a él".[6]

5. OMS (1978).
6. OMS (1987, cap. 61, pág. 129-133).

Por otra parte, en la misma Carta de Ottawa se incluyen cinco líneas generales de actuación para conseguir el objetivo de *promoción de la salud*: desarrollo de políticas saludables, crear un entorno que favorezca la salud con ambientes favorables, reforzar la acción comunitaria, desarrollar habilidades personales y reorientar los servicios sanitarios.

La promoción de la salud aparece, pues, como una verdadera estrategia de mediación entre la población y su propio entorno cuyo objetivo principal consiste en intervenir y actuar para aumentar los determinantes de salud comentados anteriormente.

## 1.3. Educación sanitaria. Educación para la salud y educación terapéutica

Si nos detenemos en el estudio detallado de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata y de la Primera Conferencia sobre Promoción de la Salud que incluye la Carta de Ottawa, ambas referidas anteriormente, nos damos cuenta que la educación sanitaria ha de ser considerada como una verdadera estrategia de actuación para conseguir los objetivos que se propusieron: prevenir la enfermedad, promocionar la salud y restaurarla en el caso de que se haya deteriorado.

La educación sanitaria ha ocupado desde siempre, aunque en la mayoría de las ocasiones de forma inadvertida, un lugar privilegiado en el fomento y la promoción de la salud, en la prevención de la enfermedad, en la restauración de la salud y en definitiva, en el mantenimiento de la vida, resultado de una respuesta intuitiva ante las necesidades primarias del ser humano, como la respiración, la alimentación, el reposo, la procreación, la autoestima y el afecto, entre otras.

Sin ánimo de analizar en detalle el proceso histórico de la educación sanitaria, pero con la noble intención de conocer el papel que ha de jugar en la sociedad del tercer milenio, merece la pena recordar que podemos distinguir dos antiguos orígenes en la historia de la humanidad: uno, el uso de métodos empíricos basados únicamente en la experiencia, y el otro, predominado por los aspectos generales de la magia, la superstición y las creencias religiosas, que se constituyeron en las bases para aconsejar el mejor modo para evitar la enfermedad y conservar

la salud, dentro de los distintos conceptos de que ha disfrutado a lo largo de la historia de la salud pública.

Es importante recordar estos detalles, porque sin duda están arraigados de forma importante e indisoluble en el concepto actual de educación sanitaria, cuando lo que buscamos decididamente es un cambio demostrable de actitudes, aptitudes y hábitos, en torno a una conducta saludablemente positiva, sobre la que van a tener mucha influencia las creencias de las distintas culturas de la sociedad, que en definitiva será nuestra población diana.

Quizá uno de los primeros pasajes del proceso histórico de la educación sanitaria lo encontremos durante la estancia de Galeno en Roma, cuando Boeto, un excónsul romano, le solicitó que ofreciese una serie de conferencias con ánimo divulgativo a los de su clase social, acerca de cómo estaba constituido el cuerpo humano, y qué factores eran responsables de la salud y la enfermedad. Estas conferencias fueron recogidas por taquígrafos de la época, sirviendo de base para las múltiples obras de Galeno, entre las que cabe destacar su tratado de higiene integrado por seis libros y titulado *Hygieia*, que en modo alguno iba dirigido a los médicos, sino al público culto que aprendía medicina por afición, sin el menor propósito de ejercerla nunca, aunque esto no signifique que se tratara de un libro popular del corte de nuestros actuales folletos de educación sanitaria. Para la mayoría de los historiadores, parece un hecho claro que los conceptos de Galeno, prácticamente asumidos en la actualidad, significan casi con toda seguridad el origen de la moderna educación sanitaria.

Otro de los pasajes históricos que merece la pena destacar se centra ya en el medioevo. Se trata de la publicación del *Régimen Sanitatis Salernitatum*, obra que fue considerada por muchos como la quintaesencia del conocimiento médico de Salerno y del más famoso de los antiguos regímenes, conocida como el tratado más popular sobre higiene durante muchos siglos.

También podemos decir que la primera evidencia de una unidad de medida, como evaluación de un programa de educación sanitaria, se encuentra al estudiar la hazaña del capitán Cook, que en 1776 consiguió algo que parecía imposible para la época, completando un viaje alrededor de todo el mundo, sin perder un solo hombre. Su método consistió en establecer dentro de su nave diversas reglas de higiene, basadas en la ventilación, el calor, el alumbrado, la alimentación y el descanso, que consiguió llevar a cabo a través de un verdadero programa de motivación, concienciación, autoestima, confianza y credibilidad,

hechos sin duda imprescindibles en la puesta en marcha de un programa de educación sanitaria.

Estos mismos principios fueron utilizados posteriormente por Florence Nigthingale, pionera de la enfermería, en la salud pública y en la educación sanitaria como función de la enfermería como profesión. Ella fue la primera en poner en marcha las *visitadoras entrenadas* a finales del siglo XIX, para establecer un programa de formación e instrucción en materia de salud, dirigido a las madres en su domicilio. Además creyó Nightingale que sus objetivos educativos podrían ser más efectivos si las *visitadoras* trabajaban con las madres, no sólo enseñándolas los fundamentos teóricos, sino con un verdadero programa práctico que les enseñase a identificar las dificultades que podrían encontrar, e intentando ganar su confianza, mostrándoles los resultados positivos de su programa de entrenamiento. Con todo ello se pudo lograr una clara disminución de indicadores tan importantes para la época como la mortalidad infantil, hecho que acabó incluso con el establecimiento de programas reconocidos por las autoridades sanitarias del Reino Unido.

Bien pudiera parecer que estos hechos se hubieran adelantado de alguna manera a los principios que han regido tanto la Conferencia de Alma-Ata como la propia Carta de Ottawa, o incluso al establecimiento de programas reconocidos por las autoridades sanitarias del Reino Unido, donde se establece con claridad la necesidad de una estrategia adecuada tanto para desarrollar la atención primaria de salud como para fomentar una adecuada promoción de salud.

Por otra parte, los constantes cambios de actitudes de los gobiernos en materia de salud pública, refrendados en muchos casos por los diferentes estudios epidemiológicos, han contribuido sin duda, junto a la constante evolución del concepto de salud, a la existencia de diversas definiciones de educación sanitaria, educación para la salud y en la actualidad un término más moderno que cada vez toma más identidad, que ha dado en denominarse *educación terapéutica*. Todos ellos podrían representar las ideas de los diferentes profesionales y organismos nacionales e internacionales que están interesados en su estudio y desarrollo.

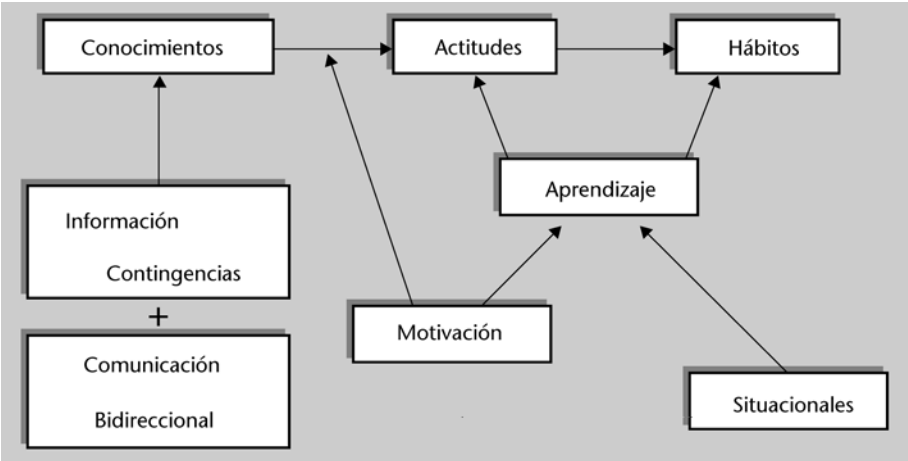
En todas las definiciones encontradas en la literatura científica, se establece un objetivo común que se fundamenta en la búsqueda de la "modificación de los conocimientos, actitudes, aptitudes y hábitos y comportamientos de los individuos componentes de la comunidad, en el sentido de una salud positiva".

Asimismo, se evidencia el hecho de que al igual que ocurriera con la salud, los conceptos de educación sanitaria, educación para la salud o educación terapéutica han de ser dinámicos. De ahí la necesidad de enmarcarlo como un verdadero proceso.

La literatura científica también es rica en la exposición de tendencias y modelos de educación sanitaria, estableciendo diferentes clasificaciones que si bien no incluiremos en este libro por alejarse de su objetivo, sí nos ayudan a recordar algunos de los aspectos más relevantes del denominado *modelo integrador*, que basa su estructura fundamentalmente en un modelo pragmático, cuyo apoyo principal reposa en la práctica totalidad de los modelos publicados.

El modelo integrador tiene como objetivo fundamental aunar las ideas y los esfuerzos de la mayoría de los modelos estudiados, recogiendo aquellos factores que se entienden fundamentales, a fin de establecer una modificación de conductas y comportamientos de la población, basada en el cambio de actitudes y hábitos en un sentido positivo de salud. Para ello, defiende que la responsabilidad máxima de un programa de educación sanitaria ha de recaer en el personal sanitario debidamente capacitado, como es el caso de los profesionales de la enfermería, y no sólo sobre el profesional de la medicina, como defiende el propio *modelo biomédico*, entre muchos otros (figura 1.1).

**Figura 1.1.** Modelo integrador de educación sanitaria.



En absoluto quiere esto decir que los únicos profesionales que deben integrar este modelo integrador sean los sanitarios, puesto que en todo momento se defiende la creación de un trabajo en equipo no sólo multidisciplinar, sino interdisciplinar, eminentemente activo y participativo, pero en todo momento con una estructura base, que debe recabar diferentes programas de formación para todos aquellos profesionales o miembros que participen de un modo u otro en el desarrollo de un programa de educación para la salud, como verdaderos agentes de educación sanitaria, integrando por lo tanto a profesionales sanitarios (enfermeros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, farmacéuticos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, etc.) y no sanitarios (la propia familia, maestros, técnicos de consumo, arquitectos de interiores, economistas, medios de comunicación social, expertos en marketing social, etc.). Nótese que un ejemplo de estos programas de formación es la publicación de este libro, dirigido a este amplio elenco de profesionales.

También es de destacar que el modelo integrador incluye tanto a la familia del sujeto sano como del enfermo, en todas sus actuaciones, entendiendo que la familia, esa gran olvidada del sistema, ha de ser en todo momento la gran aliada de los profesionales que tienen como objetivo la salud de la población en general.

Pasemos seguidamente a establecer las diferencias, si las hay, en cuanto a los conceptos que hemos incluido en este subapartado: educación sanitaria, educación para la salud y educación terapéutica. Para ello deberíamos recordar los conceptos de los distintos niveles de prevención. Así, mientras la prevención primaria es el conjunto de medidas destinadas a disminuir la incidencia de la enfermedad, es decir, la aparición de nuevos casos, gracias a la promoción de la salud, la prevención secundaria trata de disminuir la prevalencia acortando el curso de la enfermedad a través de un diagnóstico y tratamiento precoces. Por otra parte, la prevención terciaria hace referencia a las medidas necesarias para disminuir las secuelas o consecuencias de las enfermedades, al tiempo que posibilita la rehabilitación y la reinserción social, laboral y familiar, intentando para ello mejorar el cumplimiento terapéutico de la población.

Parece claro, al menos en principio, que todas las actuaciones de la prevención primaria han de ir dirigidas a una población diana sana, por lo que bien podríamos hablar en este caso de *educación para la salud*. Como las actuaciones de los niveles de prevención secundaria y terciaria deben dirigirse a una pobla-

ción diana enferma, podríamos hablar en ambos casos de educación *terapéutica*. Pero no es menos cierto, en mi modesta opinión, que tanto la educación para la salud como la educación terapéutica vienen a configurar lo que desde siempre se ha conocido en toda la literatura científica como *educación sanitaria*.

El término más reciente es, sin duda, el de *educación terapéutica*, queriendo significar con ello "todo proceso educativo que, dirigido a una población enferma, pretende mejorar su calidad de vida y su bienestar social, a través de una modificación de actitudes, aptitudes y hábitos, en sentido positivo, y mejorando el cumplimiento terapéutico". En otras palabras, que el enfermo, siempre con la ayuda de la familia, sea el que controla la enfermedad y no que ésta lleve el control de su evolución.

Así, podríamos hablar de *educación terapéutica* cuando nuestra actuación educativa se dirige a los pacientes y a sus familias. Nos referimos a pacientes que sufren hipertensión, obesidad, diabetes, SIDA y un largo etcétera de enfermedades que no obligatoriamente han de ser de evolución crónica, sino que también aludimos al caso de las adicciones al tabaco y al alcohol, las caries, las neumonías, los traumatismos, e incluso la gripe, que tanta alarma social despierta cada año durante los meses de invierno.

Si nos centramos en el tema del tabaquismo, por ejemplo, la educación para la salud comportaría todas las medidas destinadas a que disminuyera el número de nuevos fumadores, dirigiendo nuestras actuaciones a la población que aún no ha tenido contacto con el tabaco, como es el caso de los más jóvenes.

Siguiendo con el mismo ejemplo, la educación terapéutica integraría las actuaciones dirigidas a la población fumadora a fin de que disminuya el número de fumadores, pero a expensas de aumentar el de exfumadores. Pero insisto, el modelo integrador entiende que una y otra comportan lo que desde siempre se ha entendido en la literatura científica como educación sanitaria.

Entiéndase, por tanto, que la educación sanitaria, incluyendo tanto la educación para la salud como la educación terapéutica, consiste en una verdadera estrategia de intervención, en la que a través de un verdadero proceso educativo y dinámico de enseñanza-aprendizaje, tiene como objetivo prioritario el fomento y la promoción de la salud, así como la prevención de la enfermedad, a fin de mejorar la calidad de vida de la población diana la que va dirigida.

## 1.4. Información frente a comunicación

Si bien la calidad de vida puede ser un término conflictivo en su definición, a nuestro juicio ha de basarse en la negociación entre el profesional, como verdadero agente de educación sanitaria, y el individuo y su familia, destinatarios de nuestro programa de educación sanitaria. A fin de conseguir este fin último y fundamental, el proceso educativo ha de buscar una modificación de actitudes, aptitudes y hábitos, en un sentido claro de salud positiva.

Pues bien, para conseguir estos objetivos hemos de tener presente que la información debe entenderse como el inicio del proceso, y que la comunicación ha de ser el proceso que siempre hemos de poner en marcha, con la clara idea de convencer, y para ello la comunicación tiene que ser persuasiva.

Otro hecho que no ofrece discusión alguna en la actualidad es que la moderna educación sanitaria, incluyendo, por tanto, la educación para la salud y la educación terapéutica, debe ser entendida como un verdadero proceso educativo y no como una actuación puntual en un paciente determinado. A lo largo de este proceso se debe establecer una clara relación, donde el comportamiento, tanto emocional como intelectual, debe ocupar un papel central y donde el valor de los mensajes educativos dependa no tanto de la cantidad de información como de la forma y el método con que se implementa el proceso de comunicación.

Si de acuerdo con la mayoría de los expertos la educación en general es un proceso de socialización y desarrollo que pretende capacitar a los individuos para desenvolverse por sí mismos en su medio, facilitándoles los recursos necesarios pero buscando siempre su propia intervención, la educación sanitaria ha de suponer un proceso que facilite el aprendizaje tanto de la esfera cognoscitiva como de la afectiva y psicomotora, dirigido a conseguir una modificación en el comportamiento de salud, en sentido positivo. Es decir, erradicar aquellos comportamientos perjudiciales para la salud, manteniendo y fomentando los que fomentan una salud positiva.

La metodología, o camino adecuado para conseguir los objetivos de un programa de educación sanitaria, ha de centrarse en un adecuado proceso de enseñanza y aprendizaje, que debe a su vez basarse en un verdadero proceso de comunicación.

La información por sí sola, aunque importante y decisiva como primera etapa del proceso de comunicación, no provoca modificaciones en las actitudes de la población, a no ser que se establezca un verdadero proceso educativo en base a la incorporación de métodos bidireccionales de comunicación. Esa comunicación bidireccional a la que nos referimos ha de contemplar en su ejecución diferentes técnicas de motivación como estrategia fundamental para incidir eficazmente en el área de las actitudes de la población diana de cualquier programa de educación sanitaria.

Además, las denominadas *contingencias situacionales* de la población, que incluyen claramente tanto factores personales como de su medio ambiente social mediato e inmediato, resultan del todo decisivas para conducir eficazmente el proceso de enseñanza-aprendizaje, motor principal de la educación sanitaria, a fin de conseguir la modificación de hábitos saludables y estilos de vida, en un sentido amplio y positivo de la salud.

De todos modos, cuando se establece un proceso de comunicación desde los profesionales agentes de educación sanitaria hacia cualquier grupo poblacional, teniendo siempre en cuenta el núcleo familiar, se ha de tener presente siempre que una información erróneamente transmitida, aunque con la mejor de las voluntades, puede producir dudas, angustia y ansiedad, obstáculos fundamentales en el desarrollo de cualquier proceso educativo, lo que justifica, una vez más, la necesidad de programas específicos de entrenamiento en habilidades de comunicación, dirigidos a todos los profesionales, sanitarios o no, que integran el equipo de salud.

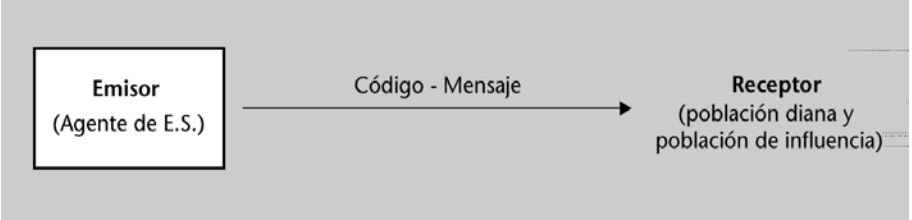
Uno de los aspectos más importantes y decisivos del proceso de comunicación humana, con sus componentes verbal y no verbal, es la bidireccionalidad que permite entre el emisor (agente de educación sanitaria) y el receptor (individuo sano o enfermo y entorno familiar), siendo esta posibilidad de doble flujo la que nos permite establecer la máxima diferencia entre lo que se entiende como *información* como fenómeno social y el verdadero proceso de *comunicación*, al que nos estamos refiriendo cuando hablamos de establecer un proceso educativo en busca de una adecuada modificación de hábitos y estilos de vida que se traduzca en verdaderos comportamientos saludables de la población.

La comunicación bidireccional, a diferencia de la información como parangón de lo que se entiende como comunicación unidireccional, tiene como elemento fundamental del proceso la posibilidad de fomentar la retroalimentación

(*feed-back*) entre emisor y receptor, lo cual redundará, desde luego, en una mejor consecución de los objetivos de cualquier proceso de comunicación, entre el educador sanitario y su población diana.

Todo ello dando por supuesto que el emisor, agente de educación sanitaria, utiliza el *código* adecuado en la transmisión del mensaje, y teniendo en cuenta que cada integrante de nuestro grupo poblacional puede *descodificar* e interpretar el mensaje de acuerdo con su nivel sociocultural, lo que nos obliga a tener presente en todo momento que la percepción es un elemento integrante y a veces incluso desestabilizador del proceso de comunicación. Ello nos hace recordar un axioma fundamental de la comunicación: "lo verdaderamente importante no es lo que dice el emisor, sino lo que haya entendido el receptor" (figura 1. 2).

**Figura 1.2.** Información (comunicación unidireccional).




Nota: Obsérvese que falta el *feed-back* de la figura 1.3.

De este modo, en el proceso de comunicación tanto el emisor como el receptor alternan sus papeles continuamente, posibilitando de esta forma que podamos adaptar el código de nuestro mensaje a las necesidades individuales del receptor gracias a esa continua retroalimentación o *feed-back* propia del proceso de información, sin olvidar por otra parte que ha de constituir obligatoriamente la primera fase de cualquier proceso de comunicación que establezcamos en nuestra intervención educativa, como educadores sanitarios (figura 1.3).

**Figura 1.3.** Comunicación bidireccional.

De ningún modo quiero decir con lo expuesto hasta ahora que la información como fenómeno social no sea válida. Más bien al contrario, la información resulta valiosísima e indispensable en la primera fase del proceso educativo, toda vez que informando adecuadamente a la población podemos conseguir despertar conciencias y sensibilizar ante los temas relacionados con la enfermedad o la salud, tanto del individuo como de su entorno familiar.

Existen multitud de casos en nuestra vida cotidiana que bien pudieran ejemplarizar lo dicho hasta ahora en cuanto a la diferencia entre el proceso de información y el proceso de comunicación; en el tabaquismo podemos encontrar uno de ellos.

Según la mayoría de las estadísticas publicadas en la literatura científica, los profesionales sanitarios somos los que más arraigado tenemos el hábito tabáquico, a pesar de ser un grupo privilegiado a la hora de recibir cualquier tipo de información en cuando a la composición, mecanismo de actuación de sus componentes, y riesgos del consumo de tabaco. Somos los que contamos con más información sobre el tabaco y sus consecuencias y sin embargo, continuamos siendo el grupo más numeroso de fumadores de todos los grupos profesionales. ¿Por qué? Pues sencillamente porque quizá "no sólo de información ha de vivir el hombre". Sin duda alguna, este efecto se debe a que el proceso de información por sí sólo no es suficiente para modificar comportamientos, lo que hace necesario incorporar técnicas de motivación incluidas en un verdadero proceso de comunicación bidireccional que fomente el *feed-back* y tenga en cuenta la importancia de la percepción a la hora de interpretar y dosificar el mensaje por parte del receptor.

## 1.5. Comunicación persuasiva y participativa

Pero lo verdaderamente necesario para conseguir modificar comportamientos es practicar una comunicación persuasiva. Y lo más difícil de la comunicación personal es el momento en que tratamos de persuadir a otros con nuestro mensaje. Mediante la comunicación persuasiva tratamos de vendernos nuestras ideas y nuestro producto, es decir, nuestros mensajes, a nosotros mismos. Esto hace de la comunicación un verdadero arte, por lo que es del todo necesario que

estemos debidamente adiestrados en las habilidades de la comunicación interpersonal.

La clara alternativa a la mera información, incluso a la comunicación bidireccional, es la comunicación persuasiva, que, por supuesto, ha de ser también bidireccional.

Se trata de persuadir como hacen los expertos en publicidad con los anuncios, llegando a convencer a la persona con la que nos comunicamos, para que compre nuestro producto, es decir, para que modifique su comportamiento como nosotros le indicamos. La verdadera base de la comunicación persuasiva se centra en la cumplimentación del proceso de comunicación bidireccional con técnicas de motivación y sobre todo, con la credibilidad del agente de educación sanitaria.

Mediante la comunicación persuasiva trataremos de hacerle creer que nuestro producto (comportamiento saludable) le ayudará a conseguir restablecer su salud o a mantenerla de forma adecuada durante mucho tiempo. Y para ello debemos presentarle el producto de la forma más atractiva posible, facilitándole toda la información necesaria sobre las ventajas y desventajas del mismo, contraargumentando las posibles refutaciones que puedan presentarse, y sobre todo, haciendo el mensaje explícito y desde luego, entendible. Pero además hemos de saber incorporar técnicas de motivación, recordando al sujeto, objeto de nuestra intervención, sus necesidades para que pueda ver cómo nuestro producto concuerda con sus valores y creencias, con lo que desea conseguir en la vida, y también con lo que su grupo social y familiar espera de él.

Pues bien, para poner en marcha todo este proceso de venta hemos de estar convencidos nosotros mismos, y ser convincentes, transmitiendo entusiasmo, y evidenciando nuestro papel de experto. El verdadero protagonista de este proceso ha de ser el receptor de nuestro mensaje. A tal fin tenemos que hacerle participar en las experiencias prácticas que previamente habremos diseñado en nuestro programa de educación sanitaria. Pero sobre todo, hemos de estar convencidos nosotros mismos y saber transmitir nuestro entusiasmo. Si un educador sanitario no siente entusiasmo cuando cumple su cometido, debe dedicarse a otra cosa, porque en la realidad no estará haciendo educación sanitaria por no poner en práctica la comunicación persuasiva, objetivo fundamental para conseguir los resultados esperados con nuestra intervención educativa.

La gente sabe muchas cosas sobre su alimentación, o sobre los riesgos del tabaco, o incluso del alcohol como desencadenante de accidentes de tráfico. No sólo se trata de ofrecer más conocimientos, sino de ayudar a la población a introducir cambios en su comportamiento.

Bien, pues a pesar de conseguir una buena comunicación persuasiva, no debemos conformarnos con eso. Mediante el modelo de comunicación persuasiva conseguiremos individuos activos, que harán lo que nos propusimos: modificar sus comportamientos. Pero esto no es suficiente. Hemos de intentar llegar al modelo de comunicación persuasiva y participativa, con lo que lograremos individuos activos pero también operativos, capaces de tomar sus propias decisiones.

Entiéndase por otra parte que en la presentación del modelo de comunicación que aconsejamos incluir en el proceso educativo de nuestro programa de educación para la salud, es decir, la comunicación persuasiva y participativa, huimos de los mensajes negativos y en especial de las prohibiciones. Lo positivo refuerza lo positivo. Hacer educación para la salud significa dar a elegir y en ningún caso forzar ni prohibir.

Llegados a este punto, podríamos preguntarnos si la educación para la salud ha de buscar cambios en los comportamientos de la población, o bien debe dar capacitar a nuestra población para que pueda modificar sus comportamientos individualizando siempre cada situación y cada caso. El profesional sanitario es un verdadero experto en la salud y la enfermedad, pero el individuo también es todo un experto en la vivencia subjetiva de su salud o de su enfermedad en cada caso particular.

## 1.6. Influencia de los medios de comunicación social

El papel que la comunicación ha desempeñado siempre, y especialmente en las dos últimas décadas de este siglo XX como elemento destacado en la estrategia de cualquier organización política, económica, social y, lógicamente, sanitaria, es un hecho que nadie pone en duda en el momento actual. En este sentido, Fernández del Moral nos recuerda que "ya no es la guinda que se coloca una vez terminada la tarta, es el ingrediente fundamental, el catalizador del cambio, la herramienta básica en la nueva planificación estratégica".

Y hay que tener presente este nuevo concepto a la hora de valorar la influencia que los medios de comunicación social pueden llegar a ejercer en las opiniones, actitudes y hábitos de vida de la población general. Si se tiene en cuenta para la economía y para la política, ¿por qué no también para la globalización de la salud de la población?

No cabe duda de que los medios de comunicación social (prensa escrita, radio y televisión) están llamados a desempeñar funciones cada vez más importantes en el campo de la salud de la población en general, hecho que ha de invitar a la reflexión en torno a la necesidad de una especialización de sus profesionales y de la formación en este sentido de los profesionales de la salud. Sólo de esta forma se puede trabajar verdaderamente en equipo.

Los medios de comunicación social, también conocidos con el nombre de medios de masas por su gran cobertura y escaso poder de discriminación, tienen la gran capacidad de influir en el conocimiento de la población sobre temas de salud. Por otra parte, si se utilizan adecuadamente, informan y sensibilizan a individuos y colectivos sobre determinados hábitos nocivos y prácticas de riesgo que se pretenden modificar, al tiempo que pueden fomentar hábitos saludables en un sentido positivo de salud.

Éste es el gran debate que en la actualidad y desde siempre se abre cuando profesionales de los medios de comunicación y profesionales sanitarios se encuentran en algún foro de discusión. ¿Deben los medios de comunicación informar o educar a la población?

En todos los casos, con algunas excepciones, los profesionales de los medios insisten en que ellos sólo tienen el deber de informar a la población. Por su parte, los profesionales sanitarios, dedicados de uno u otro modo a la educación sanitaria, entienden que los medios de comunicación tienen la obligación de educar a la población general.

Sin embargo, nosotros pensamos que la solución que en realidad pueda satisfacer a todos está en el encuentro obligado a media distancia de cada una de estas posturas. Los medios de comunicación tienen la obligación de informar, pero también, al menos en algunos casos, tienen la posibilidad de educar. En otras palabras, una cosa es el *deber* de informar y otra es el *poder* de educar, que sin duda tienen los medios de comunicación.

En definitiva, los resultados, como siempre, dependerán de los objetivos propuestos. Por ello entendemos, desde un punto de vista holístico, que los medios

de comunicación social pueden, si quieren, influir en la modificación no sólo de conocimientos, sino también de actitudes y hábitos de la población.

La mayoría de los estudios hacen hincapié en la importancia de la credibilidad de los diferentes medios de comunicación a la hora de ver cumplidos sus objetivos. En este sentido, cuando se fomenta la credibilidad de aquellos agentes de comunicación que intervienen a través de ellos, pueden llegar a generar verdaderos estados de opinión que pueden favorecer o perjudicar la consecución de nuestros objetivos de salud.

En algunos casos, los medios de comunicación social constituyen una verdadera ayuda para conseguir una determinada modificación de comportamiento. Sin embargo, los especialistas coinciden en que la mayor parte de los cambios permanentes de actitudes y hábitos de salud no obedecen a la recepción de un mensaje transmitido por un medio de comunicación, sino a la presencia de la presión de grupo o del contacto directo de un agente de educación sanitaria, o bien son consecuencia de una experiencia personal o de un familiar próximo, relacionada con el hábito o con la práctica de que se trate en cada caso en particular.

Así, aunque los medios de comunicación social puedan reforzar de algún modo determinadas actitudes, no resultan tan efectivos cuando se quieren modificar aquellas que están firmemente arraigadas, lo que constituye una de sus principales limitaciones.

No obstante, todos los que de un modo u otro nos dedicamos a la noble profesión de la comunicación social sabemos que en el proceso de transmisión de la información existen importantes barreras que hemos de superar.

La respuesta a este hecho reside probablemente en uno de los aspectos más importantes de la comunicación interhumana con sus componentes verbal y no verbal: la bidireccionalidad que se produce entre el emisor y el receptor, aspectos que ya hemos discutido en los apartados anteriores.

Esta posibilidad de doble flujo es la que establece la máxima diferencia entre la información y el proceso de comunicación al que se hace referencia cuando se habla de un verdadero proceso educativo. Como decíamos anteriormente, el emisor ha de enviar un mensaje con un determinado código que ha de entender el receptor. De lo contrario, el virus de la comunicación, es decir, la percepción, podrá contaminar el proceso de comunicación entre uno y otro.

Dicho de otro modo, la información correcta ayuda a generar en la población actitudes positivas para la salud que favorecen, a través de un proceso enseñanza-aprendizaje basado en la comunicación bidireccional, es decir, a través de un proceso educativo, los cambios permanentes de comportamiento.

Ciertamente, el ejemplo más claro de lo que es y cómo se transmite la información se encuentra en la encomiable labor diaria que desarrollan los medios de comunicación social, tanto prensa escrita como radio y televisión. Este último, en calidad de medio de masas por excelencia dado su gran poder audiovisual, es también el informador por excelencia.

Ante este medio, el espectador no puede responder al mensaje que ha recibido y trasladar al emisor sus opiniones, experiencias e interrogantes para que éstas permitan, a su vez, que el medio de comunicación modifique ese mensaje adaptándolo e individualizándolo a las características sociales, culturales, económicas, políticas e incluso personales que hacen de cada individuo un ser único en el complejo entramado del medio ambiente social donde se desenvuelve en su vida diaria.

No cabe duda de que ni la prensa ni la radio escapan a este hecho. Ante un diario, una revista, un libro o un programa radiofónico, no existe oportunidad de comentar, preguntar o simplemente sugerir de un modo directo a sus autores; es decir, el individuo es receptor pasivo de un mensaje, de una información, sin que se produzca ningún tipo de retroalimentación directa.

Ésta es una de las grandes dificultades a las que han de hacer frente los medios de comunicación social, teniendo en cuenta que su población diana se convierte en "receptor pasivo" de un mensaje, al no contar con el *feed-back* o retroalimentación de la comunicación bidireccional.

Por ello conviene tener en cuenta que la elaboración y transmisión de un mensaje requiere el cumplimiento de unas reglas elementales, que han de comenzar por la comprobación de la fiabilidad de la fuente de información que, por otra parte, debe ser *clara, concreta y concisa*.

Pero para conseguir que los medios de comunicación social puedan incidir positivamente en el grado de salud de la población en general, se ha de trabajar en equipo multi e interdisciplinar y desde un punto de vista totalmente integrador, como realmente defiende el modelo integrador de educación sanitaria comentado con anterioridad. Así, los profesionales de la salud (enfermeros, médicos, fisioterapeutas, podólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores so-

ciales, ópticos, etc.) pueden contribuir a la consecución de los objetivos de los profesionales de los medios de comunicación, y viceversa, siempre que ambos cuenten con un entrenamiento específico en este sentido.

Ciertamente, los profesionales de la salud conocen el contenido de los mensajes que tiene que recibir la población para adoptar una postura independiente y autorresponsable en la consecución de un adecuado nivel de salud. Sin embargo, los profesionales de la información conocen los medios y las técnicas más apropiados para transmitir esos mensajes de la forma más atractiva y más efectiva. Es decir, estos especialistas conocen las posibilidades del marketing y saben cómo presentar la salud como una verdadera necesidad para la población general.

Cuando todo esto falla o no se tiene en cuenta (preferimos no pensar en las luchas por las ventas y las audiencias), aparecen las consecuencias negativas de un mensaje mal elaborado, mal estructurado y, sobre todo, mal transmitido, en el que la percepción del receptor y el rumor juegan un protagonismo especial, confundiendo y en ocasiones incluso alarmando innecesariamente, como ocurrió en febrero de 1997 con la meningitis meningocócica, por poner uno de los muchos ejemplos que pueden encontrarse en cualquier hemeroteca.

Algunos lo llaman prensa amarilla o sensacionalista, y en determinadas ocasiones no les falta razón. En el caso de la salud, preferimos pensar en la falta de formación o de especialización específica. Sea como fuere, el resultado es muy similar: desconfianza, confusión, miedo, alarma social, etc., y pérdida definitiva de la credibilidad del profesional de los medios o de la salud, o incluso de ambos.

La falta de credibilidad de las autoridades sanitarias, la inexistente formación en comunicación de muchos profesionales de la salud y sobre todo la falta de rigor de la mayoría de los medios de comunicación social fueron causas indiscutibles de la innecesaria pero cierta alarma social de la población ante el incremento de los casos de meningitis en nuestro país.

Algunos definimos aquella enfermedad de la sociedad durante los meses de febrero y marzo de 1997 como una epidemia de miedo, toda vez que el miedo se contagia de una persona a otra, fundamentalmente gracias a la conocida técnica del rumor: "Cuando el río suena…"

El agente causal en esa epidemia de miedo fue la percepción de la población receptora y el rumor de boca en boca de unas noticias mal fundadas, mal estruc-

turadas, mal entendidas y peor transmitidas. Los agentes transmisores fueron, indiscutiblemente, los médicos y el resto de profesionales sanitarios, los informadores y los políticos, que con su afán de protagonismo no supieron controlar una situación que se les fue de las manos.

Resaltemos que si bien el tratamiento adecuado de esta epidemia de miedo debería haber estado constituido por una adecuada información, su prevención debería haberse centrado en una buena educación sanitaria de la población, objetivo sin duda del trabajo en equipo de los políticos, los profesionales de la salud y de los medios de comunicación social.

Sirva el caso de la meningitis como ejemplo para evitar en la medida de lo posible lo que con tanta frecuencia sucede en los medios de comunicación. Otro ejemplo lo constituyen los casos de gripe que cada año ayudan, en el mes de enero, a alimentar la alarma social de la población. Una vez más, el agente causal y los agentes transmisores son los mismos, y la prevención debe ser una buena educación sanitaria diseñada en equipo.

### 1.6.1. El marketing social aplicado a la salud

Analicemos sin entrar en detalle la definición que la Real Academia de la Lengua adopta para el marketing , mercadotecnia o técnicas de mercado: "Conjunto de principios y prácticas que buscan el aumento del comercio, especialmente de la demanda, y estudio de los procedimientos y recursos tendentes a este fin".

Observemos que el objetivo del marketing es vender, pero basándose en el principio de aumentar la demanda de la población por determinados artículos que se pretende vender con el fin de aumentar la cuota de comercio de una empresa.

Y yo me pregunto: ¿no será que nosotros, los profesionales de la salud, estamos centrando todos nuestros esfuerzos en incrementar la oferta, olvidándonos de la demanda de nuestra población diana?

Existe muchos programas de educación sanitaria que ofrecen conocimientos y modificación de comportamientos saludables a la población, pero ¿cuántos están verdaderamente destinados a crear necesidades de salud de la población, y

que a partir de ahí aumente la demanda de nuestros productos por parte de nuestra población diana?

Sin duda, ésta es una pregunta sencilla de responder. Sólo tenemos que hacer un metaanálisis para ver la cruda realidad. Ofrecemos mucho, pero nuestra población diana demanda poco. En otras palabras, no estamos utilizando las verdaderas estrategias que el marketing social pone a nuestra disposición.

Entendamos marketing como sinónimo de publicidad. El proceso de comunicación publicitaria se inicia por la voluntad de un emisor que pretende, mediante la difusión de mensajes motivadores, modificar el comportamiento de compra de los receptores hacia el producto que elabora y pone a la venta.

Por lo tanto, el emisor de la comunicación publicitaria es el productor de la mercancía que el mensaje publicitario pone a disposición del receptor consumidor para que lo compre, llámese a aquélla producto o servicio. Bien, pues tengamos en cuenta que, dadas las características del mensaje, que desde luego precisa de una cuidadosa elaboración para ser motivador, el emisor utiliza determinados especialistas para expresar el contenido de la comunicación codificada de manera que permita un contacto eficaz con los receptores, es decir, con la población diana del mensaje.

Si analizamos en detalle esta cuestión podemos comprobar cómo el emisor de la comunicación publicitaria se desdobla en dos: por una parte, la empresa, como unidad económica productora del servicio que se quiere vender, y por otra, los especialistas, a los que la empresa encarga la elaboración y difusión de los mensajes publicitarios, que trabajando en equipo consiguen una verdadera eficacia.

Éstas son las bases operativas sobre las que se asienta el marketing social o la publicidad. En nuestro caso, bien pudiera ocurrir algo similar. La empresa, las distintas administraciones sanitarias, públicas o privadas, los profesionales, los sanitarios trabajando en equipo con los de los medios de comunicación social, el producto o servicio, la salud, y el mensaje, el contenido de nuestro programa de educación sanitaria. Llegados a este punto hemos de preguntarnos si no será que no aprovechamos las técnicas del marketing social por falta de formación en este campo.

Si con el marketing y la publicidad se consigue que una persona o grupo de personas demanden algo que hasta ese momento no se habían planteado, ¿por qué no puede ocurrir lo mismo en materia de salud? Si utilizamos estas técnicas

de marketing social, estaremos en disposición no sólo de ofrecer salud, sino de que nuestra población diana realmente demande salud. Cuando las cosas se demandan, tienen más valor para quien las demanda cuando sólo se ofrecen.

¿Quiere esto decir que los profesionales de la salud deberían tener una formación específica en materia de comunicación y en las diferentes técnicas de marketing social y publicitario, para mejorar los objetivos propuestos de una programa de educación para la salud? Pues definitivamente sí, si nuestros objetivos contemplan no sólo la modificación de conocimientos, sino también de actitudes, hábitos y comportamientos saludables.

## 1.7. Influencia del agente de educación sanitaria

Insistíamos anteriormente en que una de las claves eficaces en cualquier proceso de comunicación es la credibilidad, y en nuestro caso la del agente de educación sanitaria, que, siendo sinceros, en la actualidad se está deteriorando como consecuencia de un adiestramiento insatisfactorio precisamente en habilidades de comunicación.

De todos modos, como profesionales sanitarios hemos de ser conscientes de que nos encontramos en una posición favorable, puesto que por un lado el paciente o individuo sano que nos consulta, espera de nosotros y de nuestro equipo una contribución directa y positiva, debido a la credibilidad social que para ellos poseemos y que desde luego estamos obligados a incrementar mediante el diario ejercicio de nuestra profesión, en este caso como agentes de educación sanitaria.

Y para ello hemos de tener presente que un hecho esencial en el desarrollo del proceso de comunicación con el individuo y su familia es la llamada influencia del profesional sanitario, tanto la informal como la formal. La influencia informal, o no intencionada, resulta extremadamente importante, puesto que la palabra, los gestos y en definitiva la actitud de cualquier miembro integrante del equipo de salud constituyen, sin duda, importantes experiencias educativas informales para la población que esté a su alcance.

Por otra parte, la influencia formal puede ser a su vez indirecta y directa. La influencia formal indirecta es aquella que se realiza a través de las entrevistas

con los medios de comunicación social (radio, prensa escrita y televisión), o cuando se escribe un artículo de opinión en un periódico o en una revista de gran difusión.

La influencia formal directa, es la que se establece durante nuestras continuas intervenciones directas con el individuo y su familia, tanto en la consulta como en su domicilio, o en los distintos centros asistenciales. También se pone de manifiesto cuando dirigimos una charla o una discusión de grupo dirigido al individuo y su familia, es decir, en la metodología práctica de la educación para la salud.

Una vez más, resulta imprescindible un adiestramiento en habilidades de comunicación si realmente se pretende poner en marcha un verdadero programa de educación sanitaria, entendida como educación para la salud o como educación terapéutica, toda vez que ésta ha de basarse en desarrollar una secuencia educativa fundamentada en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

## 2. Proceso de enseñanza-aprendizaje

Iniciar un programa de educación sanitaria implica necesariamente el desarrollo de una metodología encaminada a conseguir los objetivos previamente propuestos. Y esa metodología, entendida como el camino más adecuado, se ha fundamentar en el proceso enseñanza-aprendizaje. El emisor o agente de educación sanitaria enseña y el receptor o población diana aprende. Pero para ello hay que tener presente que se trata de un proceso, es decir, que ha de ser en todo momento dinámico y que en todo momento hay que buscar una relación adecuada entre todas sus fases.

### 2.1. Teoría del aprendizaje y su aplicación práctica

Recordemos brevemente el pasaje histórico en el que Newton observa la manzana. Seguramente Newton no fue el primero que la vio caer del árbol, pero la diferencia es que él fue más allá y estableció el principio de lo que podríamos denominar *ciclo del aprendizaje*.

Imaginemos qué pudo suceder en este proceso de aprendizaje. La manzana, madura ya, lógicamente cayó por su propio peso. Hoy sabemos que la manzana cae al suelo por el efecto de la fuerza de la gravedad. Pero en aquel momento la famosa ley de la gravedad estaba aún por descubrir.

Es posible que Newton se preguntara por qué la manzana, como cualquier objeto, caía en vez de subir. Lo que hizo fue observar el problema desde distintos ángulos, sospechando diferentes causas.

Finalmente formuló la hipótesis de la gravedad como fuerza de atracción de masas. A partir de ahí, experimentó realizando diversas pruebas en base a diferentes variables como la altura, el peso y el volumen, hasta que encontró la ley que explicaría el fenómeno de la caída de la manzana desde el árbol hasta el suelo: la ley de la gravedad.

La reconstrucción de esta historia bien podría recordarnos lo que hoy denominamos método científico y utilizamos diariamente en cualquier proceso de investigación, pero también podemos encontrar un cierto paralelismo con el proceso de solución de problemas, que sin duda va a marcar la pauta de lo que significa el ciclo del aprendizaje.

Las fases que atravesó Newton hasta llegar a desarrollar la ley de la gravedad bien podrían resumirse de la siguiente manera: Newton recibe de la naturaleza una experiencia concreta, y se interroga al respecto, es decir, efectúa una observación reflexiva que le lleva a establecer una hipótesis de trabajo o lo que es lo mismo, una conceptualización abstracta. Después establece determinadas pruebas y ensayos intentando averiguar la lógica interna del fenómeno, es decir, realiza una experimentación activa, que vuelve a contrastar con la experiencia concreta del principio. Se trata de una explicación gráfica de lo que denominamos *ciclo del aprendizaje*.

El hombre experimenta constantemente con sus conceptos y vivencias, modificándolos como consecuencia de sus observaciones y experiencia. Todo aprendizaje es, en el sentido amplio de la palabra, un reaprendizaje, y toda educación, una reeducación.

Pero además hemos de ser conscientes de que los diferentes estilos de aprendizaje resultan extremadamente individuales, tanto en el rumbo que le demos como en el mismo proceso educativo, porque este último estará dirigido por las propias necesidades y metas del individuo objeto del aprendizaje.

Son muchos los ejemplos que pueden corroborar este punto. Un matemático otorgará prioridad a los conceptos abstractos, mientras que un poeta dará más valor a la experiencia concreta. El gerente de una empresa se interesará más por la aplicación activa de los conceptos, mientras que el naturalista preferirá desarrollar su capacidad de observación. Cada uno de nosotros desarrollará un estilo de aprendizaje de forma personal, con sus puntos débiles y sus puntos fuertes. Es muy posible que pongamos en práctica las experiencias sin tener cuenta las lecciones que éstas nos proporcionan, pero también es posible que nos formemos conceptos sin poner a prueba su validez.

La eficacia del aprendizaje de nuestra población diana depende de un gran número de factores, que el agente de educación sanitaria debe conocer para ponderar si realmente desea conseguir los objetivos propuestos en su programa de educación sanitaria. Su finalidad es lograr modificaciones de comportamientos que sean saludables, y estos cambios se deben a la posibilidad de aprender los determinantes a nivel cognitivo (conocimientos e información, habilidades cognitivas), afectivo (valores y actitudes) y psicomotores (habilidades psicomotoras).

Y precisamente por ello, todo programa de educación sanitaria que se precie debe incorporar entre sus objetivos los referidos tanto a la esfera cognitiva como a la afectiva y a la psicomotora. Hemos de mejorar y ampliar los conocimientos de nuestra población diana, pero además hemos de incluir diversas técnicas de motivación con el fin de conseguir que el que aprende lo haga de una forma activa. Finalmente, tenemos que incorporar determinadas actividades prácticas a fin de conseguir el nivel de independencia más adecuado en cada caso, siendo este último el objetivo principal de la educación sanitaria. Pero también podríamos resumir todo lo dicho en la siguiente frase de K. Lorenz: "Dicho no significa oído, oído no significa comprendido, comprendido no significa estar de acuerdo, estar de acuerdo no significa llevar a cabo, y llevar a cabo no significa *mantener*."

## 2.2. Perfil y habilidades del educador

El educador ha de ser un verdadero agente de educación sanitaria o agente de salud; es decir, ha de ser capaz de vender salud a su población diana. Pero no

vender por vender, sino creando la necesidad de comprar por parte de su población diana, como explicábamos en el apartado del marketing social.

El educador en salud, es decir, el agente de educación sanitaria, ha de ser un profesional, sanitario o no, que dedique sus esfuerzos a modificar los comportamientos de la población en un sentido positivo de salud.

Desde el punto de vista metodológico, curricular formativo y de la consecución de sus objetivos, la educación sanitaria está obligada a servirse de muchos profesionales y tiene que ser consciente de que, sin su auxilio, gran parte de intervenciones está condenada al fracaso.

La moderna educación sanitaria, como defiende el modelo integrador comentado anteriormente, surge de un necesario e imprescindible planteamiento interdisciplinar, en el que cada uno de los profesionales que intervienen ha de ocupar un lugar exacto y a todas luces necesario.

Este hecho fuerza, sin duda, a optar por soluciones integradas, en las que cada especialista ocupa el lugar que le corresponde y satisface las tareas que se le encomiendan de forma coordinada con sus compañeros de equipo. De este modo, y defendiendo esta hipótesis de trabajo, se concluirá que la salud es tarea de todos y no sólo de unos pocos, los profesionales sanitarios, aunque sobre ellos recaiga gran parte de la responsabilidad. Se trata, por tanto, de establecer que la responsabilidad en materia de salud ha de recaer proporcionalmente sobre todos los agentes de educación sanitaria.

En un sentido amplio de la palabra, serían agentes de educación sanitaria todas aquellas personas de la comunidad que contribuyen a que los individuos y grupos adopten comportamientos positivos de salud. Desde luego que muchos de ellos no ejercen la educación sanitaria como actividad principal, pero en su trabajo diario tienen múltiples oportunidades de poder transmitir mensajes de salud positiva a la población.

Así, dentro de este amplio equipo de agentes de educación sanitaria, hemos de incluir a los profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, farmacéuticos, fisioterapeutas, podólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, ópticos, veterinarios, etc.), y a los profesionales no sanitarios como los de la enseñanza, la sociología, la psicología, los de los medios de comunicación social, la política, y un largo etcétera que ha de incluir a los técnicos de consumo, a los arquitectos y a los técnicos de economía doméstica, entre otros muchos.

Todos, sanitarios o no, conformarán el equipo de agentes de educación sanitaria al que aludimos desde el principio del capítulo. Hay que considerar que quienes vayan a formar parte activa en la consecución de los objetivos tanto cognitivos como afectivos y psicomotores deben tener un entrenamiento adecuado, tanto en salud como en habilidades de comunicación, técnicas de motivación, marketing social y publicidad. Sólo así se podrán conseguir los objetivos de un programa de educación sanitaria.

## 2.3. Objetivos de aprendizaje en un programa de educación sanitaria

Un correcto diseño de los objetivos de aprendizaje supone la fase fundamental en establecimiento de un programa de educación sanitaria. En realidad, el diseño de un programa educativo gira en torno a los objetivos establecidos, de tal manera que cuando éstos son erróneos, el resto del programa también lo es. Como acertadamente dice Mager, "cuando el rumbo no está claro, se puede llegar a cualquier parte, pero casi nunca adonde se deseaba",[7] con el consiguiente perjuicio para las expectativas tanto de la población diana como del profesional que diseñó el proceso educativo.

A la hora de diseñar los objetivos de aprendizaje, se requiere un análisis sistemático y real de las necesidades de la población diana a la que va dirigido el programa de educación sanitaria. Cualquier objetivo ha de responder siempre a una necesidad bien sentida u objetivada por parte de esa población diana.

Por otra parte, y teniendo en cuenta las esferas cognitiva, afectiva y psicomotora, cabe pensar que los objetivos de cualquier proceso de enseñanza-aprendizaje, como es el caso particular de la educación sanitaria, se podrían resumir en lo que se pretende conseguir con nuestra población diana: *aprender, aprender a hacer* y fundamentalmente *aprender a ser*.

En líneas generales se establecen dos niveles básicos a la hora de diseñar los objetivos educativos de un programa de educación sanitaria: objetivos generales y objetivos específicos.

7. R.F. Mager (1985).

Un *objetivo general* es una declaración amplia de lo que se espera conseguir de la población diana al finalizar el proceso educativo, pero en ningún caso debe expresar qué o cómo se debe aprender, sino únicamente el resultado final esperado.

Es decir, el objetivo general establece ese comportamiento que no existía o no era el más adecuado, en la población diana, al inicio del proceso educativo, y que se espera conseguir con la puesta en marcha de nuestro programa.

Si pensamos en un hipotético programa de educación sanitaria en alimentación, su objetivo general podría ser el siguiente: modificar en sentido positivo los hábitos higiénico-dietéticos de la población diana. Como puede observarse, no se pone de manifiesto qué hábitos es necesario modificar, ni qué debe aprender, aprender a hacer o aprender a ser nuestra población diana; únicamente se expresa el resultado pretendido, que desde luego ha de ser evaluado al final del proceso educativo.

Una práctica tan habitual como incorrecta consiste en establecer como objetivo general la modificación de la calidad de vida de la población diana. Y es incorrecta por varias razones. En primer lugar porque uno de los objetivos de la educación sanitaria como disciplina es precisamente mejorar la calidad de vida de la población y por tanto, va a estar incluido implícitamente en cualquier programa de educación sanitaria dirigido a cualquier grupo poblacional.

Por otro lado, el concepto de *calidad de vida* es altamente subjetivo y encierra en sí mismo tal cantidad de parámetros y factores condicionantes que no resulta posible ni operativo contemplarlos todos en un mismo programa educativo. Finalmente, desde un punto de vista práctico, es imposible desglosar tamaño objetivo en todos los parámetros que lo componen para establecer los objetivos específicos oportunos.

En definitiva, un objetivo general debe favorecer su posterior descomposición en objetivos específicos que sean operativos, evitando ambigüedades utópicas. Además ha de expresar el resultado final genérico que se espera conseguir a través del proceso educativo desarrollado con la población diana objeto del programa.

Establecido el objetivo general, el diseño de los objetivos específicos supone descomponer en declaraciones concretas ese resultado final esperado, y puesto que la educación sanitaria pretende modificar o potenciar comportamientos de

la población, deben ser declaraciones centradas precisamente en el comportamiento sobre el que se pretende incidir.

Los objetivos específicos han de contemplar en todo momento qué conocimientos, actitudes o destrezas se espera que adquiera la población diana. Es éste el momento de describir qué se pretende aprender, qué se debe aprender a hacer y qué se debe aprender a ser, siempre que esté implícito en el objetivo general previamente establecido; es decir, con los objetivos específicos hemos de trabajar sobre las esferas cognitiva, afectiva y psicomotora.

En este sentido, Bloom[8] establece en su taxonomía qué procesos internos intervienen en el aprendizaje cuando los objetivos educativos operativos se establecen en cada una de sus tres esferas o niveles.

- Los *objetivos cognitivos*, referidos a los conocimientos que se han de adquirir, incluyen la capacidad de recuerdo o memorización, la comprensión o interpretación de datos o hechos y la aplicación y resolución de problemas.
- Los *objetivos psicomotores*, relativos a las capacidades prácticas o destrezas, contemplan la imitación, la capacidad de repetición y finalmente, el hábito en la respuesta ante diferentes situaciones.
- Los *objetivos afectivos*, relacionados con las actitudes y valores, comprenden la receptividad, la conceptualización y por último, la interiorización de un valor o actitud específico. En este caso, se hace obligada la presencia de la motivación.

Está claro que el diseño de los objetivos específicos debe hacer referencia a los tres niveles del aprendizaje para provocar un comportamiento determinado, y lo que es más difícil, para mantenerlo a lo largo del tiempo.

Los objetivos específicos deben ser ante todo operativos y establecerse en función del comportamiento concreto deseado. Por ello el verbo predominante ha de indicar una acción; debe tratarse de un verbo activo, que además sea observable y medible, y se ha de citar en infinitivo, cuestiones todas ellas que facilitarán enormemente el desarrollo de nuestro programa educativo.

8. B.S. Bloom y otros (1979).

Por otra parte, conviene recordar las cualidades que Mager establece a la hora de diseñar los objetivos específicos, haciendo especial hincapié en que éstos deben ser ante todo coherentes, pertinentes, concretos, observables, realizables y medibles.

- *Coherentes*, respecto a las necesidades, prioridades, posibilidades y características socioculturales y económicas de la población diana.
- *Pertinentes*, con respecto al objetivo general establecido, es decir, que su definición responda en parte al resultado final esperado.
- *Concretos*, evitando la diversidad de interpretaciones y contemplando en todo momento los niveles cuantitativo, cualitativo y temporal en su exigencia de consecución.
- *Observables*, expresados en términos de comportamiento, con un verbo de acción, expresado en infinitivo, que permita la valoración continua de su grado de consecución.
- *Realizables*, en el sentido de que lo que se ha de saber, saber hacer o saber ser, pueda realmente llegar a saberse, saberse hacer o ser.
- *Medibles*, es decir, posibilitar y facilitar el diseño de los instrumentos de evaluación correspondientes. Todo objetivo específico ha de ser medido o evaluado.

## 3. Metodología de la educación sanitaria

En un sentido amplio de la palabra, la *metodología* es la forma y manera de proceder, ordenando una determinada actividad que previamente se ha planificado hacia la consecución de unos objetivos específicos, aplicando un método, es decir, un camino, que ha de tener características científicas.

En la práctica de la educación sanitaria se ha de llevar a cabo una metodología educativa para intentar potenciar diferentes métodos, medios y técnicas, los cuales tendrán mayor o menor validez y eficacia, dependiendo de cada situación específica. En este sentido, y de una forma mucho más importante en este caso, el

denominador común de los métodos, medios y técnicas modernos es la cada vez mayor participación del individuo, sano o enfermo, así como la de la familia, la gran olvidada del sistema, pese a ser la gran aliada de los profesionales agentes de educación sanitaria.

### 3.1. Métodos y medios de la educación sanitaria

Una vez conocidos los objetivos de la educación sanitaria en general, y establecidos los de un programa específico, se ha de diseñar, al tiempo que la estrategia, la metodología que se va a utilizar para su consecución. En este caso, el proceso o la técnica mediante el cual el mensaje elaborado por el agente de educación sanitaria alcanza al individuo o grupo de individuos, objetivo diana del programa; es lo que Salleras Sanmartí define como método de educación sanitaria.[9]

Para conseguir estos objetivos se pueden utilizar diversos métodos, que el propio Comité de Expertos de la OMS, en la educación sanitaria popular, ha clasificado en dos grandes grupos, según la relación existente entre el propio agente de educación sanitaria y la población que recibe el mensaje: métodos bidireccionales y métodos unidireccionales.[10]

Su diferencia estriba en la forma de establecer la comunicación y el intercambio de mensajes, resultando bidireccional si existe ese intercambio de una forma dinámica y continua, mientras que los *métodos unidireccionales* no permiten la discusión con el educador sanitario, es decir, adolecen del necesario y fundamental *feed-back* de la comunicación. En este último grupo quedan englobados todos los medios de comunicación social o medios de masas. Por su parte, los clásicos *métodos bidireccionales* incluyen, entre otros, el diálogo en la entrevista clínica, en el caso de una *educación individual*, y la discusión de grupo, si se trata de una *educación grupal*.

Existen muchos métodos que resultan realmente difíciles de incluir en esta clasificación, puesto que a lo largo del tiempo han cambiado las distintas concepciones de los mismos, haciendo que algunos medios, que antes eran claramente unidireccionales, contengan en la actualidad una clara interrelación

9. L. Salleras Sanmartí (1990). *Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones* (2.ª ed.). Madrid: Díaz de Santos.
10. OMS (1989).

entre el educador y el educando, en el proceso educativo de enseñanza-aprendizaje de la educación sanitaria. Por ello adoptaremos en este libro, así como para el desarrollo práctico. de nuestros programas de educación sanitaria, los continuos trabajos y la propia clasificación de Salleras Sanmartí que establece la relación de cercanía o distancia tanto en el tiempo como en el espacio, entre el educador y la comunidad (tabla 1.1).

Tabla 1.1. Taxonomía de métodos y medios de la educación sanitaria.

| |
|---|
| **1. Métodos directos** |
| – Educación individual frente a educación grupal |
| – Charla, clase, exposición |
| – Dinámicas de grupo |
| – El consejo del profesional sanitario |
| **2. Métodos indirectos** |
| • **Medios visuales** |
| – Carta circular |
| – Folleto educativo |
| – Carteles |
| – Artículos de divulgación (prensa, revista, cómic) |
| • **Medios sonoros** |
| – El programa radiofónico |
| – Grabaciones |
| • **Medios mixtos** |
| – Televisión |
| – Vídeo |
| – Cine |
| – Multimedia (PC, CD-ROM, Internet) |
| – Montajes audiovisuales |
| – Campañas mediáticas (publicidad y MCS) |
| – Artes plásticas (dramatización, teatro, marionetas, juegos, etc.) |

Fuente: l. Salleras Sanmartí (1990). *Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones* (2.ª ed.). Madrid: Díaz de Santos.

Según esta relación, la acción del educador puede resultar directa o indirecta. En el caso de la acción directa, se utiliza la palabra hablada y fundamentalmente se apoya en los medios audiovisuales posibles, empleándolos como verdaderos medios de comunicación. En la acción indirecta también puede utilizarse la palabra hablada, aunque con mucha frecuencia se abunda en la palabra escrita o las imágenes, pero siempre interponiendo la barrera, tan frecuente en nuestros

días, de los medios de comunicación social de masas, convirtiéndose así en métodos claramente unidireccionales.

No entraremos a estudiar en detalle cada uno de estos métodos y medios en este capítulo introductorio, por ser éste precisamente el objetivo principal de este libro. A lo largo de todos sus capítulos, los autores analizan en detalle cada uno de los métodos y medios de la educación sanitaria, entendida ésta como educación para la salud o educación terapéutica.

## 3.2. Métodos directos

Los *métodos directos* son aquellos a través de los cuales se establece un contacto directo entre el agente de educación sanitaria y la comunidad, utilizando la palabra hablada como medio fundamental más efectivo, aunque sea aconsejable la ayuda de los medios audiovisuales como verdaderos medios auxiliares.

Se trata de conseguir la mayor eficacia del programa a la hora de establecer la evaluación. Estos métodos han demostrado ser de una gran ayuda para ello, lo que en sucesivas ocasiones ha sido apoyado por la propia OMS a través de las recomendaciones de sus comités de expertos.

Los métodos directos han de ser considerados en todo momento como verdaderos métodos bidireccionales, por potenciar el *feed-back* continuo, tan necesario para el correcto desarrollo de un programa de educación sanitaria.

Destacamos entre los métodos directos unos cuantos que serán analizados en profundidad en los restantes capítulos; a saber: la charla, la clase, el diálogo, la discusión de grupo y el consejo del profesional sanitario. Además, repasaremos el eterno debate de la educación individual frente a la educación grupal, analizando ventajas e inconvenientes de ambas opciones.

## 3.3. Métodos indirectos

Se trata de aquellos métodos unidireccionales que utilizan el lenguaje hablado o escrito, o incluso la imagen, pero interponiendo una serie de medios técnicos entre el agente de educación sanitaria y la población diana objeto del

programa, lo que desde luego dificulta la consecución de los objetivos que pretendemos alcanzar, si se utilizan aislados y sin combinar con los métodos directos que hemos citado en el apartado anterior.

No cabe duda de que el número de personas a las que llega es mucho mayor que cuando utilizamos los métodos directos, pero esto hace que no se pueda diferenciar el tipo de mensaje de acuerdo al grupo de población que nos interesa en cada momento.

La mayoría de los autores coinciden en que los métodos indirectos no son eficaces a la hora de poner en marcha un programa de educación sanitaria, si bien pueden resultar válidos para mejorar la información y a veces incluso la sensibilización de una población específica. Por otra parte, si los objetivos perseguidos fueran la información y la sensibilización, podría hablarse de una alta eficacia, sobre todo cuando se compara con su bajo coste, sobre todo porque los mensajes se dirigen a grandes grupos de población.

Muy diferente es el estudio de su eficacia, entendida como modificación de comportamientos o estilos de vida; en este caso se observa una gran diferencia con los resultados obtenidos por métodos directos, resultando estos últimos mucho más eficaces.

Un ejemplo de estos métodos indirectos, como decíamos antes, lo protagonizan los denominados medios de comunicación social o medios de masas. Es incuestionable que los medios de comunicación no tienen como objetivo la modificación de comportamientos de la población, pero también es indiscutible el valioso papel que desempeñan a la hora de mejorar la información y sensibilización de un gran número de personas, algo que desde luego costaría mucho más tiempo y dinero si se planteara a través de los conocidos métodos directos.

Existe una clara unanimidad en la idea de utilizar conjuntamente los métodos directos y los métodos indirectos, toda vez que la eficacia del programa será mucho mayor, fundamentalmente en cuanto a la modificación de los hábitos de vida relacionados con los riesgos de enfermedad cardiovascular, por poner solamente un ejemplo, que aunque muy manido, no debemos olvidar cuando se habla de la eficacia de un programa de educación sanitaria.

No cabe duda que la utilización de ambos métodos, directos e indirectos, exigirán una continua actualización del agente de educación sanitaria en los diferentes métodos y medios de comunicación con la población, porque la investigación

de la comunicación interhumana no dejará de seguir ofreciéndonos avances que requerirán un profundo estudio a la hora de su utilización.

Al igual que cuando hablábamos de los métodos directos, no entraremos a estudiar en profundidad cada uno de los métodos indirectos, porque ésa es precisamente la misión del resto de los autores de este libro en los capítulos siguientes. Así, se estudiarán los siguientes métodos indirectos:

- medios visuales (carta circular, folleto educativo, carteles, artículos de divulgación),
- medios sonoros (programas radiofónicos y grabaciones),
- medios mixtos (televisión, vídeo, cine, montajes audiovisuales y multimedia),
- las grandes campañas mediáticas (la publicidad y el uso de los medios de comunicación social), y
- las artes plásticas (la dramatización y el teatro, las marionetas y los juegos).

### 3.4. Medios de apoyo educativo

Se entiende como medio todo aquello que sirve para lograr un objetivo del proceso educativo, comprendido como recurso o equipo usado normalmente para ayudarnos en la transmisión de la información a la población diana objeto del programa de educación sanitaria.

Es cada vez más urgente que el agente de educación sanitaria realice un análisis pedagógico en profundidad de todos los recursos técnicos a su alcance, de cara fundamentalmente a que las nuevas posibilidades que ofrecen sean utilizadas en el contexto de un estilo educativo renovador, evitando así el peligro de que se conviertan en remedios brillantes de un tipo de relación educativa del todo discutible.

El uso acrítico de los nuevos medios técnicos a nuestro alcance, fundamentalmente los medios audiovisuales, que pueden deslumbrar a nuestra población diana por sus posibilidades técnicas, también puede hacer fracasar al educador que los utiliza sin conocer tanto sus ventajas como sus inconvenientes, lo que

puede llevar a una disfuncionalización en el sentido de pasar a jugar un papel mucho más relevante de lo que realmente les corresponde como tales medios técnicos, que en definitiva deben ser considerados como meros recursos o medios del educador dentro del contexto de la metodología educativa de un programa de educación sanitaria, aunque no carezcan de importancia. Dicho de otro modo, los medios audiovisuales son sólo eso, medios, y nunca deben sustituir o hacer sombra al educador; más bien al contrario, deben servir para mejorar la eficacia de nuestros mensajes en el proceso de comunicación y en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Siempre se ha de tener en cuenta que el valor pedagógico de los medios técnicos brota más del contexto metodológico en que se usan que de sus propias cualidades u posibilidades intrínsecas, concretándose su potencialidad en el uso diario que se haga de ellos.

La función pedagógica del medio de que se trate dependerá sobre todo de la potencialidad de dicho medio y de la misión que quiera encomendársele, pero en cualquier caso, el agente de educación sanitaria, como educador que es, debe conocer perfectamente todas sus posibilidades, así como sus potenciales usos didácticos antes de utilizarlos. El mal uso de los medios como apoyo educativo podría acarrear una deformación de la información transmitida. Recordemos que las funciones pedagógicas básicas de los medios técnicos a nuestro alcance se basan en su efecto motivador y en la transmisión de los contenidos.

La función básica de cualquier medio de soporte educativo es comportarse como apoyo para la presentación de los contenidos de nuestra exposición, de forma que favorezca el proceso de aprendizaje necesario para alcanzar determinados objetivos, por lo que su diseño y uso deben encaminarse a su consecución. Una de las grandes ventajas es su carácter repetitivo, que posibilita el volver hacia atrás siempre que el educador o el educando lo requieran, potenciando una vez más el tan anhelado efecto del *feed-back* de la comunicación, dependiendo de las características propias del medio que se use en cada caso.

Por otra parte, la participación directa en la confección de los medios de soporte educativo es la mejor oportunidad, no sólo para comprender y estudiar el mensaje, sino para entender el propio medio, y así poder utilizarlo para la expresión y no sólo para la adquisición de conocimiento.

En el caso de utilizar algún medio ya diseñado, se ha de tener en cuenta la oportunidad en su utilización, así como la manera de adoptarlos a nuestras ne-

cesidades. Esto, sin duda alguna, favorecerá la existencia de la retroalimentación o *feed-back* desde el receptor al emisor, y viceversa, y así la comunicación no resultará unilateral y contribuirá a mejorar en todos los sentidos la creatividad y participación activa del receptor, nuestra población diana.

Quede claro que los medios poseen un alto poder de definición metodológica cuando configuran por sí mismos el proceso de enseñanza-aprendizaje, como por ejemplo en los planteamientos de la enseñanza a distancia, donde incluso definen una propia metodología en la fase de evaluación. Por ello debemos tener en cuenta que la extensión y la intensidad en el uso de los medios pueden contribuir a definir un estilo educativo, o incluso definirlo por completo según su poder de definición metodológica.

De todos modos, entre las directivas actuales de la didáctica a todos los niveles, la utilización de los medios técnicos como soporte educativo en el proceso de enseñanza-aprendizaje ha recibido en general pocas objeciones y muchas aceptaciones de acuerdo a sus múltiples y diversas ventajas, siempre que sean adecuadamente utilizados.

En cuanto a su clasificación y taxonomía, cualquier intento podría resultar incompleto e incluso farragoso, estando por otra parte sometido a todo tipo de críticas, en uno u otro sentido, a la vez que necesitaría de una constante actualización debido a la constante investigación en la forma que la humanidad se comunica día a día.

Por ello en el capítulo correspondiente al estudio de los medios como apoyo educativo, el autor analizará en profundidad aquellos que son más utilizados en la actualidad dentro del contexto educativo de un programa de educación sanitaria, centrándose en el estudio de los siguientes: el local y el auditorio, la pizarra, el rotafolio o papelógrafo, el franelograma, el plastígrafo y la pizarra magnética, las transparencias y las diapositivas, y las demostraciones prácticas con visitas, maniquíes y maquetas.

Capítulo II
# Métodos directos
Fernando Marqués

Son aquéllos en los que no existe ningún artefacto entre el emisor y el receptor del mensaje. Los métodos directos presentan la ventaja del contacto entre los protagonistas de la acción educativa. Es necesario que exista una comunicación visual y auditiva para que se considere un método directo y es necesaria también la presencia física de los protagonistas en un espacio común. En algunas ocasiones puede ser necesaria la utilización de algún soporte auditivo o visual para reforzar o facilitar la comunicación, pero lo esencial es la comunicación directa entre el emisor y el receptor.

Un método directo se define por el contacto personal y la inmediatez del mensaje, pudiendo en todo momento contactar emisor y receptor sin que nada se interponga entre los dos. Es necesario aprovechar esta circunstancia para hacer bidireccional la relación entre emisor y receptor. En la mayoría de las ocasiones, el *educador* (emisor) posee la información más técnica sobre el tema que se vaya a tratar, bien por su preparación o por su experiencia, pero en ningún caso es el único que puede aportar conocimientos o habilidades. El *educando* (receptor) debe tener la oportunidad de expresar sus dudas, sus experiencias y los conocimientos que posee sobre el tema tratado, para que la relación emisor-receptor sea enriquecedora para ambos.

## 1. Elementos que hay que tener en cuenta

### 1.1. La palabra

Es el medio de comunicación por excelencia. En la medida en que la dominemos, aumentará nuestra capacidad de comunicarnos y hacernos escu-

char. Se requiere un cierto adiestramiento para dominar el uso de la palabra; la experiencia es la mejor ayuda. Podemos citar seis características para mejorar la destreza verbal:[1]

- *Claridad:* dicción clara, lenguaje entendible por el receptor y simplicidad a la hora de exponer el mensaje. Es preferible prescindir de las oraciones largas a favor de las cortas.
- *Velocidad de dicción:* se aconseja hablar, por término medio, a razón de entre 100 y 120 palabras por minuto, que es la velocidad comúnmente aceptada para una escucha y comprensión adecuadas. La velocidad debe variarse para evitar la monotonía: cuanto más difícil sea el pasaje, más lenta debe ser la velocidad. Las pausas corresponden a las puntuaciones en una comunicación oral y deben usarse tanto para facilitar el mensaje al receptor como para llamar su atención mediante una pausa prolongada.
- *Expresión rítmica:* el ritmo de elocución se alcanza con la experiencia y se desarrolla de lo general a lo particular. Además, se requiere una selección cuidadosa para excluir detalles superfluos que romperían la naturalidad del discurso. La lectura en voz alta de pasajes literarios es una buena práctica para dominar el ritmo de la palabra.
- *Timbre, tono y volumen:* dependerá de las condiciones acústicas del lugar donde se hable, pero lo ideal sería hablar con el timbre normal, pero variándolo para dar énfasis e interés a lo dicho.
- *Énfasis, variedad y animación:* son atributos personales que suplen otras muchas cualidades. La inflexión de la voz es una manera de producir énfasis, capaz incluso de alterar el significado de una frase sencilla. La variedad del vocabulario anima una comunicación oral. El peor enemigo de la animación es el habla monótona y deslucida.
- *Estilo:* depende de nuestro modo de pensar y expresarnos, pero cuanta más claridad aportemos y más fácil lo hagamos, mejor será nuestro estilo.

1. Calnan (1979).

## 1.2. El espacio

Cualquier sitio es bueno para educar, para enseñar y para aprender, pero es indudable que determinados ambientes o espacios pueden favorecer o entorpecer la relación educativa. En función del tipo de espacio, es conveniente conocer sus dimensiones, la disposición del público, la acústica, la iluminación y el lugar que ocupará el emisor.[2] Los espacios siguientes pueden servir para llevar a cabo actividades de educación para la salud:

**1) La consulta**

Es un espacio *marcado* porque representa todavía un lugar al que van las personas enfermas para recibir un tratamiento. En muchas ocasiones aparece la angustia o el miedo cuando se está esperando un diagnóstico o se debe seguir un tratamiento. Estas situaciones emotivas no deben dificultar nuestra relación con el receptor del mensaje, sino que han de ser aprovechadas con sutileza para facilitar la comprensión y para ayudar a cumplir las propuestas sanitarias que se le plantean al paciente. El "bajar" de la atalaya que supone la mesa del profesional y acercarse a la persona que está pidiendo ayuda supone romper las barreras que facilitan la comunicación. El espacio de la consulta debe ser aprovechado para educar al paciente en su enfermedad, dándole las indicaciones precisas sobre su etiología, diagnóstico y tratamiento, posibilidades de contagio, si las hubiere, y cualquier circunstancia que favorezca su curación y recuperación en el menor tiempo posible. De igual manera, el espacio de la consulta debe ser aprovechado para hacer llegar a la población los consejos relacionados con su salud (tabaco, alcohol, accidentes, drogas, etc.) que influyen sobre su estilo de vida, y que pueden mejorar su calidad de vida, aunque no haya sido éste el motivo de la consulta.

**2) El aula**

También aquí se establece una relación desigual entre el emisor y el receptor. Por lo general, los receptores son alumnos que acuden al aula para recibir unas enseñanzas y que en el lenguaje educativo se denominan poblaciones cautivas,

2. Couto (1996).

porque no tienen posibilidad de abandonar este espacio y deben recibir el mensaje, quieran o no. La respuesta, por tanto, puede ser desigual entre este tipo de población, pero el aula otorga al emisor la categoría de profesor, lo que hace más trascendente y creíble su mensaje por parte del receptor. Hay que conocer y valorar estos aspectos positivos y negativos que tiene el aula como espacio educativo. Eliminar barreras, acortar distancias, aprovechar recursos personales y materiales, son aspectos decisivos para conseguir una buena acción educativa en un espacio, que no siempre es el del profesional sanitario, pero que éste puede aprovechar para aportar conocimientos, modificar actitudes y mejorar hábitos en relación con la salud.

**3) La sala de conferencias**

La población que acude a una sala de conferencias normalmente ha sido convocada y su participación es voluntaria; por tanto, podemos decir que es población interesada en el tema que vamos a tratar y predispuesta a recibir un mensaje educativo. Hay que aprovechar esta circunstancia y conseguir que al acabar nuestra disertación no pierdan el interés que les motivó su presencia. Es muy importante conocer el espacio de la sala de conferencias o la estancia donde vamos a trabajar. Por ello resulta muy aconsejable llegar con media hora de antelación y conocer la acústica, los recursos existentes, nuestra posición en la sala y las posibilidades de modificar nuestro espacio. En ocasiones, nuestra participación puede ser compartida (mesa redonda) y, por tanto, nuestro espacio quedará más limitado. Conocer estos aspectos ayudarán a mejorar nuestra comunicación con los asistentes y a conseguir nuestros objetivos educativos.

**4) Un espacio abierto**

A veces es necesario conocer sobre el terreno algunos aspectos que nos ayudarán a modificar actitudes y a facilitar cambios de conducta. La visita a un quirófano antes de una operación, conocer el lugar donde se va a dar a luz, visitar un mercado para conocer los diferentes alimentos, son actividades que aumentan los conocimientos y modifican actitudes y conductas, ayudando a mejorar la calidad y los estilos de vida de las personas. Este tipo de actuaciones requieren de una previa planificación para definir correctamente los objetivos y no convertir estas actividades en visitas sin un contenido educativo.

Una correcta evaluación de cualquiera de las actividades comentadas anteriormente es imprescindible para saber si nuestra intervención ha sido adecuada; por tanto, de la misma manera que planificaremos nuestra actividad, debemos planificar la manera de evaluarla.

## 1.3. El tiempo

Es difícil calcular cuál es el tiempo que se ha de dedicar a cada persona o cada tema, pero como norma, sería conveniente recordar que lo más importante es no aburrir y pensar que el receptor tiene unas limitaciones propias del ser humano y no sólo de su condición de receptor. El objetivo prioritario de cualquier profesional debe ser hacer amena, concreta, entendible, y limitada una comunicación o cualquier otra actividad de educación. Podemos encontrarnos en dos situaciones diferentes respecto al tiempo:

**1) Tiempo cerrado o concertado**

Cuando el tiempo nos viene dado por la organización o institución que ha organizado la actividad, hay que ser escrupuloso y respetar lo pactado. En caso contrario, los efectos pueden resultar negativos e invalidar nuestra actividad educativa. Por eso, a la hora de planificar, hay que hacerlo en base al tiempo que nos ha sido marcado y programar las actividades dentro de los límites de ese tiempo. A veces una intervención educativa se lleva a cabo en un tiempo más reducido de lo que pudiéramos pensar.

**2) Tiempo abierto o ilimitado**

Es difícil que dispongamos de un tiempo ilimitado, pero si así fuera, debemos tener en cuenta que un exceso de información puede provocar rechazo en el receptor y que, por tanto, es mejor pactar el tiempo de que dispondremos para realizar las actividades, antes de planificar. Este pacto puede ser con la institución que ha convocado el acto o con los mismos asistentes, antes de comenzar. Una vez hecho el pacto, hay que respetarlo.

### 1.4. La distancia

La distancia afecta negativamente la comunicación. Los receptores prestan más atención cuando el emisor está más cerca de ellos. Siempre hay que respetar el espacio vital de cada persona, por lo que tampoco es conveniente un acercamiento excesivo, que puede resultar molesto y provocador. Lo ideal es no mantener una posición estática (si las condiciones de la sala y de la actividad lo permiten) y caminar entre los receptores intentando mantener su atención desde una distancia corta que no resulte molesta.

Los inconvenientes de una distancia no controlada se pueden solucionar con un mensaje que nos sitúe cerca del receptor por su calidez, haciendo que se sienta próximo a nosotros a pesar de la distancia. Es aconsejable no invadir el territorio íntimo de las personas.

## 2. Tipos de métodos directos

### 2.1. La entrevista

Se trata de la relación más habitual entre usuarios y profesionales. Es una situación en la que desde el principio existe una desigualdad, ya que los usuarios acuden a los profesionales para pedir ayuda respecto a un problema de salud cuya causa y evolución en la mayoría de las ocasiones desconocen. La entrevista ha de lograr un equilibrio entre la obtención de información relativa a los usuarios y las emociones y sentimientos que rodean a cualquier relación humana.

La entrevista no sólo debe ser utilizada como un instrumento de diagnóstico y tratamiento para solucionar problemas de salud, sino que es la mejor herramienta para conseguir lo que se ha dado en llamar la *alianza educativa* dentro del consejo médico (ver capítulo II). Se convierte así la entrevista en un instrumento imprescindible de la educación para la salud, donde se establece el primer contacto entre profesional y el usuario o usuaria y que posiblemente determinará el éxito o el fracaso de la intervención educativa.

Los elementos básicos en una entrevista son: *1)* los profesionales; *2)* los usuarios: *3)* el entorno.

**1) Los profesionales**

Los profesionales[3] deben cuidar su imagen en los tres elementos básicos que la componen: *1)* escenografía, *2)* apariencia y *3)* manera de hacer. También deben reunir unas características esenciales que les servirán para mejorar la relación con los usuarios y para facilitar la comunicación durante la entrevista:

- *Manera de recibir*: cordialidad.
- *Manera de escuchar:* empatía, concentración y respeto.
- *Manera de hablar:* asertivo, comunicador, eficaz, persuasivo y reactivo.

**2) Los usuarios**

Es evidente que cada usuario tiene unas características propias que lo diferencian de los demás. Por eso es imposible dar unas pautas sobre cuál será el *paciente ideal* o cómo va a responder un usuario en determinadas circunstancias personales o ambientales. Es función de los profesionales *conectar* con los usuarios y facilitar así la comunicación para que éste se exprese libremente y aporte la mayor cantidad posible de información sobre su persona, su entorno familiar, laboral y social, así como sobre aspectos de su personalidad, cultura, nivel educativo y sobre todo aquello que contribuya a conocer en su globalidad a la persona que tenemos delante y con la que queremos establecer esa alianza educativa deseada en toda relación profesional-paciente.

**3) El entorno**

El entorno es el lugar donde se realiza una entrevista clínica. Puede ser muy variado, pero por lo general se tratará de una consulta con cuatro paredes, una o dos puertas y alguna ventana. Este espacio físico es, en la mayoría de los casos, imposible de modificar. Pero conseguir una decoración agradable, una limpieza y un orden mínimos y un ambiente que facilite la comunicación, el diálogo y la intimidad, es responsabilidad de los profesionales.

3. Borrell (1989).

Durante la entrevista, hay que evitar interrupciones, llamadas de teléfono, salidas de la consulta, etc., ya que entorpecen la comunicación. El respeto hacia los usuarios ha de ser la primera norma a la hora de elegir el entorno adecuado para llevar a cabo nuestro trabajo.

### 2.2. La clase magistral

Se ha definido la clase como un "aporte de información que genera comprensión y crea interés".[4] La habilidad de explicar ocupa una posición central a la hora de impartir una clase, en la medida en que el profesor intenta hacerse comprender por sus alumnos.[5] Una buena clase ha de configurarse en tres partes o secciones: *1)* introducción, *2)* desarrollo y *3)* conclusión. En la introducción el profesor ha de saber ganarse la atención del alumno y motivarle, mediante la curiosidad o apelando a sus intereses. Además, ha de facilitar una mínima estructura de lo que van a ser los objetivos, contenidos y hacia dónde se dirige la clase. La manera más satisfactoria de completar la clase es terminar con algún tipo de conclusión a modo de resumen que resalte lo más significativo de lo expuesto en la clase.

### 2.3. La conferencia

Una conferencia requiere un buen conferenciante. El público sabe, a los pocos minutos del escuchar al orador, si el tiempo que va a emplear escuchando vale la pena o no. Lo normal es que el profesional que tenga que dar una conferencia no sea un personaje relevante o con experiencia en este campo (de lo contrario, no necesitaría consejos como éste), por lo que precisa una mínima estructura en la que apoyarse para llegar al final sin aburrir y manteniendo un mínimo de interés.

4. Brown (1978).
5. Cox (1990).

La estructura de una conferencia viene dada por *1)* la introducción y *3)* el epílogo, que han de componerse cuidadosamente, mientras que *2)* el cuerpo puede, hasta cierto punto, improvisarse. Las primeras palabras deben impresionar al auditorio y despertar su curiosidad y atención, mientras que el epílogo debe intentar cerrar el círculo y volver al inicio para contestar alguna pregunta planteada o matizar alguna afirmación discutible que sirvió para impresionar, sin languidecer ni decaer jamás, y creando un clímax que invite, casi automáticamente, al público a prorrumpir en aplausos. El cuerpo de la conferencia debe entretener y despertar el interés e incluso el entusiasmo de los oyentes; por ello es necesario apoyarse en algún medio audiovisual para hacer más amena la conferencia. Es sabido que la máxima atención del público se obtiene en los primeros 20 minutos. Las partes más complejas, que exigen más atención, deben concentrarse en la primera mitad; la segunda mitad ha de ser más sosegada y utilizarse para ilustraciones y explicaciones con ejemplos.

## 2.4. La charla

Podemos definir una charla como una conferencia en tono informal o al menos sin la rigidez que suele presidir una conferencia. Una charla se realiza en un ámbito más cercano al orador y al público y permite una mayor cercanía entre ambos. En cualquier caso, una charla debe tener la misma estructura que una conferencia; de hecho, los consejos del punto anterior pueden aplicarse a una charla. La proximidad entre el hablante y los oyentes puede permitir una mayor flexibilidad en el lenguaje y una mayor participación del auditorio, siendo éstos elementos que mejorarán la comunicación.

## 2.5. Los grupos reducidos

El trabajo en grupos reducidos permite aprovechar mejor los recursos disponibles tanto de tiempo como de personas. La comunicación ya no es bidireccional, sino que se establece una comunicación multidireccional entre todos los componentes del grupo, y las experiencias de unos sirven para que los otros aprendan. Las técnicas de dinámica de grupos se utilizan en este método de co-

municación. El capítulo IV describe estas técnicas y los ámbitos donde pueden llevarse a cabo.

## 2.6. Otros métodos directos

Se describen en diferentes capítulos del libro otros métodos que por sus características pueden considerarse directos, pero que dada su especificidad, se ha considerado oportuno exponerlos como temas individuales, ya que requieren un aprendizaje diferente y unas técnicas concretas que deben ser explicadas por expertos.

## 2.7. Los diez mandamientos del orador

A modo de resumen y como una forma de ayudar para todos aquellos que nos vemos en la obligación y satisfacción de hablar en público, se exponen estos diez mandamientos recogidos del libro de J. Calnan y A. Barabas, *Cómo hablar en medicina*:[6]

**1)** Tener buen aspecto y sentirse bien.
**2)** Hablar con claridad y no leer.
**3)** Preparase concienzudamente.
**4)** Disponer de tiempo suficiente.
**5)** Ensayar con frecuencia.
**6)** Ordenar las series con lógica.
**7)** Seleccionar bien el material.
**8)** Usar los medios audiovisuales apropiados.
**9)** Contestar las preguntas con claridad.
**10)** Ser bondadoso, jovial y amable.

6. Calnan, J.; A. Barabas, A. (1979).

Capítulo III

# Medios de apoyo educativo (1)

Dolors Juvinyà y Fernando Marqués

## 1. Local y auditorio

La preparación del espacio donde va a desarrollarse la actividad docente es un aspecto que hay que tener en cuenta para asegurar, en parte, el buen desarrollo de la sesión. Intentaremos crear un ambiente agradable para favorecer la comodidad de los asistentes.

Hay estudios que demuestran que las características del local o aula y la disposición de los alumnos influye en su comportamiento. De ahí la importancia de conocer de antemano cómo es el espacio y cómo nos interesa organizarlo según la actividad que hayamos planificado.

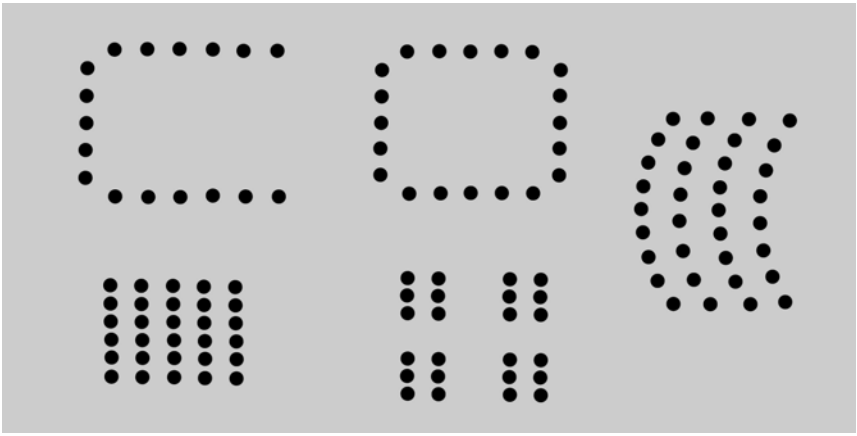
**Aspectos que hay que tener en cuenta**

El tamaño del aula es un aspecto importante, que hay que considerar a la hora de elegir la más adecuada según el número de asistentes que esté previsto. No debe ser ni demasiado grande, ni demasiado pequeña. Si es pequeña y está abarrotada, produce una sensación de agobio que dificultará la concentración de los asistentes. Si por el contrario es demasiado grande, también dificultará la concentración del grupo, ya que las personas tienden a sentarse dispersas por la sala.

Además de la elección del aula, también hay que decidir la distribución de las sillas u otro mobiliario, según el tipo de actividad que se vaya a realizar (figura 3.1). Las más habituales suelen ser:[1]

- En filas paralelas si predomina la explicación oral por parte del profesor. Es la composición más habitual en una aula y la más utilizada para grupos grandes y sesiones largas.
- La participación puede aumentar si las sillas se disponen en forma de arcos concéntricos.
- El trabajo colectivo requiere poder mover las sillas individuales y agruparlas en grupos de cuatro, seis, o más personas.
- Si el trabajo colectivo adopta la forma de seminario en el que interviene un número de alumnos más amplio, la agrupación circular será la más adecuada.[2]
- En forma de "u" si las discusiones o debates se realizan con el grupo clase. Esta disposición es ideal para la comunicación cara a cara en grupos de unas veinte personas.

**Figura 3.1.** Diferentes distribuciones del aula.



Una vez se ha decidido la distribución óptima, hay que asegurarse de contar con suficientes sillas para que todo el grupo pueda estar sentado.

1. A. Colom; J. Sureda; J. Salinas (1988).
2. Ferrandez; Sarramona; Tarín (1988, pág. 183).

También hay que repasar los recursos didácticos de que disponemos comprobar si contamos con todos los que habíamos planificado. Nos aseguraremos de su funcionamiento y veremos si hay espacio suficiente para su instalación, especialmente la pantalla, para garantizar una perfecta visibilidad desde cualquier punto de la sala.

En cuanto a la iluminación de la sala, nos interesa conocer cómo funciona y si podemos controlarla, sobre todo en el caso de que trabajemos con proyecciones. También hay que ver si disponemos de cortinas lo bastante opacas como para impedir el paso de la luz.

La temperatura y la ventilación del aula han de ser adecuadas. Ni un exceso de frío ni un exceso de calor son recomendables. Ambos extremos impiden que los asistentes disfruten de un ambiente confortable, ya que los dos producen incomodidad y dificultan la concentración.

Asimismo hay que revisar la acústica del aula para asegurarnos de que no haya dificultades de audición. En caso de que se detectase alguna, tendríamos que un micrófono. Por otra parte, también es conveniente saber si se trata de una sala silenciosa o si, por el contrario, tiene un nivel alto de ruidos por estar cerca de un pasillo, de la calle o de otro punto que pudiera alterar la acústica de la sala.

## 2. La pizarra

La pizarra es el recurso didáctico más antiguo y uno de los más utilizados. Por lo general está presente en todas las aulas. Es fácil de utilizar y no requiere experiencia técnica, pudiendo ser utilizada tanto por el profesor como por el alumno. Es de mantenimiento económico: se borra y se vuelve a utilizar. Destacamos también que es un recurso útil para todas las edades y grupos.

Las primeras que se utilizaron se construían en la misma pared, recubriendo la parte destinada a pizarra con una capa de yeso que se pintaba de color negro o verde oscuro.

Actualmente encontramos en el mercado una gran variedad de pizarras que pueden adaptarse a distintas situaciones y necesidades: fijas en la pared, o móviles, apoyadas en un caballete.

En cuanto al material de fabricación, pueden ser de diferentes materiales:

- De madera y pintadas con una pintura especial de color oscuro. Se utiliza la tiza para escribir y un borrador para limpiar la superficie.
- De madera recubierta de un plástico pulido tipo formica o con un plástico adhesivo, de color blanco. En ese caso, se utilizan rotuladores especiales de tinta no permanente para poder borrar.

Las hay de distintas medidas, en relación con las dimensiones del aula. Además del tamaño de la pizarra, es importante vigilar el lugar de colocación, favoreciendo al máximo su visión desde todos los extremos del aula y procurando que no se produzcan reflejos que dificulten la lectura.

Sirve de apoyo a las explicaciones del docente, facilitando el seguimiento y compresión del alumno, dosificando la información de acuerdo a las características del grupo. A través de esquemas permite aclarar conceptos o procesos. Posibilita la incorporación de opiniones o cuestiones que se plantean mientras se desarrolla la sesión, así como la exposición de resultados de trabajos desarrollados en el aula, lo que permite que la utilicen tanto profesores como alumnos.

### 2.1. Cómo se utiliza

Emplear la pizarra como recurso didáctico comporta una planificación previa, de ahí que el docente en el guión de la sesión ha de prever en qué momento utilizará la pizarra y qué escribirá o dibujará. Conviene utilizar su espacio de forma ordenada. Para ello se recomienda dividirla en dos o tres partes, dependiendo del tamaño de la pizarra. En un lado se puede anotar el esquema de la sesión, los aspectos que interesa tener presentes a lo largo de toda la clase o los que se van desarrollando y son de interés, y por tanto, no se borrarán. El resto lo utilizaremos para escribir o dibujar a lo largo de la sesión, procurando no llenar mucho la pizarra. A tal fin, iremos borrando lo que no es útil, para escribir de nuevo. Hay que recordar que no deben hacerse largas transcripciones, a no ser que el objetivo sea hacer un análisis del con-

tenido, sino anotar las ideas clave, palabras importantes o esquemas. Si la pizarra es lo suficientemente grande, y disponemos de una tercera parte, ésta se puede utilizar para anotar comentarios o ideas del grupo que interesa retomar en algún otro momento.

Antes de iniciar la sesión procuraremos que haya tiza suficiente, blanca y de colores si es necesario, y que disponemos de borrador. Es importante también iniciar la sesión con la pizarra limpia y prevenir la aparición de reflejos.

Al escribir, hay que hacerlo de forma clara, con letra grande, cuidando la ortografía, con trazos grandes para favorecer la lectura, presionado ligeramente la tiza para asegurar mejor contraste, derecho y horizontal. Para ser legible a unos siete metros, la letra ha de ser de unos dos centímetros y medio y unos cuatro milímetros de grosor.[3]

Mientras escribimos no hay que hablar, ya que lo haríamos cara a la pizarra y no al auditorio, dificultando de esta forma la comunicación y comprensión.

Una vez hayamos escrito en la pizarra procuraremos hacernos a un lado para no estorbar la visibilidad con nuestro propio cuerpo, haciendo la explicación pertinente. Si interesa subrayar o ampliar algún aspecto de lo escrito la pizarra, es mejor ponernos de lado y proseguir la explicación utilizando, por ejemplo, la ayuda de un puntero o bien subrayando con la misma tiza.

Al finalizar la sesión hay que dejar la pizarra limpia.

## 2.2. La pizarra blanca

Están hechas de madera recubierta con un material plástico pulido o bien de plástico adhesivo. Para escribir en la pizarra blanca se utilizan unos rotuladores especiales de tinta no permanente que se limpian con un borrador igual que los de la pizarra de tiza, de esponja o de celulosa. Hay que procurar adquirir rotuladores que tengan un trazo grueso para favorecer el contraste y, por tanto, la legibilidad. Los hay de distintos colores, aspecto que hay que tener en cuenta al elegirlos, y procurar que contrasten suficientemente con el fondo blanco de la pizarra. Debemos tapar los rotuladores después de cada uso para garantizar una duración correcta.

3. H. Coppen, (1978).

Antes de iniciar la sesión, hay que comprobar el nivel de carga de los rotuladores. Es recomendable disponer siempre de algunos de recambio, y si se producen reflejos en la pizarra que dificulten la lectura.

Para su utilización tendremos en cuenta las mismas recomendaciones que hemos comentado anteriormente al hablar de la pizarra tradicional. Podemos señalar alguna ventaja respecto a la pizarra tradicional: los rotuladores no ensucian tanto como la tiza, y la pizarra, una vez limpia, puede servir también como pantalla de proyección.

## 2.3. Libreta pizarra o rotafolios

Es una especie de bloc de papel grande, apoyado sobre un trípode o caballete, que permite escribir en cada página y dar la vuelta para pasar a la siguiente (figura 3.2). Resulta de gran utilidad en actividades o reuniones de grupos pequeños, debido a que las medidas de las hojas suelen ser de $60 \times 90$ centímetros y en auditorios grandes su visibilidad quedaría dificultada.

**Figura 3.2.** Rotafolios.

Para escribir se utilizan rotuladores de tinta permanente y de trazo grueso. Hay que procurar que los colores que se utilicen contrasten claramente con la hoja de papel y asegurar su claridad y legibilidad.

Puede utilizarse para anotar esquemas al iniciar la sesión o ideas o preguntas que se plantean en su desarrollo, lo cual permite una participación activa del grupo. La información es permanente, por lo que si interesa, se puede retroceder a contenidos de hojas anteriores en cualquier momento de la sesión.

Este tipo de pizarra también permite preparar con antelación las hojas con los esquemas, gráficos, fotografías, etc., que se presentarán de forma progresiva durante la sesión. En este caso, el material puede ser utilizado de nuevo en exposiciones sucesivas. Por tanto, podemos afirmar que es un recurso útil para preparar sesiones educativas que se repiten a menudo con distintos grupos: por ejemplo, para explicar los componentes de una dieta equilibrada, grupos de alimentos, etc., podemos preparar unas hojas tipo póster para desarrollar la actividad y nos será útil para utilizarlo en diferentes sesiones con grupos reducidos de personas.

Otro aspecto que conviene destacar es que debido a sus medidas, es una pizarra portátil, pudiendo transportarse de un sitio a otro sin gran dificultad.

Antes de utilizarla en una sesión, tendremos en cuenta en primer lugar su ubicación, comprobando que pueda leerse desde cualquier lugar de la sala. Comprobaremos si disponemos de hojas de papel suficiente, si tenemos rotuladores de distintos colores y si éstos escriben.

Si se trata de una exposición preparada anteriormente y disponemos, por tanto, de las fichas o esquemas preparados, nos aseguraremos de que estén en el orden correcto para la exposición.

Al utilizarla, tendremos en cuenta las recomendaciones para la pizarra tradicional: escribir con letra grande, de forma clara, legible, sin faltas de ortografía, con un trazo adecuado, no hablar de espaldas al grupo, separarse de la pizarra para no dificultar su visión, no hacer grandes transcripciones.

## 2.4. El franelograma

El franelograma o pizarra de fieltro está hecho de franela, fieltro, terciopelo u otro tejido esponjoso, de color oscuro, sobre el que se adhieren figuras a las que se ha se ha pegado en su revés un trozo de la misma tela o de material adhesivo (*velcro*, por ejemplo). Se trata, pues, de la adherencia de dos superficies rugosas. Puede colgarse directamente la tela en la pared, como ilustramos en

la figura 3.3, o bien puede forrarse una tabla o cartón grueso con la tela y apoyarse en un trípode o caballete.

**Figura 3.3.** Franelograma.

Las dimensiones de la pizarra de fieltro pueden ser:[4]

- Pizarra pequeña: 1 metro × 0,75 metros, para menos de 30 alumnos.
- Pizarra grande: 1,5 metros × 1 metro, para más de 30 alumnos.

El mejor color de la pieza de fieltro es el azul marino oscuro. Su utilidad se basa en que se adhieren figuras, que hemos preparado anteriormente (los figurines), sin necesidad de utilizar ningún adhesivo, por el simple hecho de ponerse en contacto la superficie áspera de la pizarra con otra igual.

Se utiliza para presentar de forma progresiva una determinada información. El material aparece paulatinamente. Permite, por tanto, adecuar el ritmo de la exposición a las características del grupo.

Los figurines han de prepararse con antelación. Es necesario planificar la secuencia de la exposición y decidir el número de piezas necesario para presentar correctamente el tema.[5] Los materiales que se utilizan son de fácil preparación, pudiendo ser de tela, cartulina, fotografías, y en su reverso se pega un trozo de tela áspera o material adhesivo. Pueden ser de distintos tamaños y colores. El tamaño estará en relación con el de la pizarra, procurando que sea equilibrado. Si se utilizan cartulinas o papel en blanco, podremos escribir ideas o conceptos a medida que vayan surgiendo en la sesión.

4. G. Puig; E. Larreula (1976).
5. Coppen (1978).

### 2.5. La pizarra magnética

Las pizarras magnéticas están hechas de una plancha de hierro sobre la que se pueden adherir figuras, rótulos, u otros elementos sujetos con imanes pequeños. Suelen estar colgadas en la pared, aunque dependiendo de su tamaño pueden apoyarse en un trípode o caballete.

Su utilización es similar a la del franelograma. Las figuras también se preparan con antelación, pudiendo ser de distintos materiales. Se sujetan en la pizarra con imanes. También se pueden utilizar cartulinas o papel en blanco para poder escribir mientras se desarrolla la sesión.

Antes de su utilización comprobaremos que las figuras están colocadas según el orden de aparición y que disponemos de imanes suficientes para adherir las figuras que consideremos necesarias. Podremos utilizar el material que hemos preparado en otras sesiones.

Es útil para presentar una información de forma progresiva, adaptando el ritmo a las características del grupo. Los alumnos también pueden participar, modificando el orden de las figuras, añadiendo o quitando otras o repitiendo la explicación.

## 3. La mesa

Actúa en muchas ocasiones como una barrera natural que impide el acercamiento entre el emisor y el receptor. En algunas situaciones puede ser imprescindible, como en el caso de una consulta, pero si se sabe utilizar puede acercar en lugar de separar. Sentarse de manera que el receptor no quede en una situación humillante, hablarle mirando a sus ojos, levantarse y sentarse a su lado, si la situación lo requiere, son maneras de obviar la barrera que supone la mesa y que en muchas ocasiones dificulta la comunicación.

## 4. Los pupitres o sillas

La colocación de los pupitres o las sillas en un aula o sala de conferencias puede ayudar o entorpecer la comunicación. Para mejorar la comunicación si

existe la posibilidad de moverlas es conveniente colocarlas en semicírculo, ocupando el emisor la parte central de este semicírculo, de manera que todos los receptores puedan verse entre sí a la vez que pueden ver al emisor.

## 5. La tarima

En muchas aulas hay tarimas, que normalmente ocupan el lugar del aula donde se sitúa la mesa del profesor, elevándola unos veinte centímetros por encima del resto de los pupitres de la clase, justo debajo de la pizarra. Suele tener una superficie amplia que permite que el profesor o el alumno que está en la pizarra camine por ella a lo ancho del aula.

Pueden tener dos utilidades: *1)* por una parte, sirven para observar mejor a la persona que se está dirigiendo a los alumnos y para que ésta observe mejor a los que le escuchan. *2)* Por otra parte, da una mayor relevancia y poder al que habla que a los que escuchan. No es posible, en la mayoría de los casos, quitar la tarima o cambiarla de sitio, pero prescindir de ella y acercarse o mezclarse con las personas que están escuchando nuestro mensaje es una manera de demostrar que nuestra función allí es la de compartir y no la de imponer, la de recibir y no sólo la de dar; en definitiva, la de educar.

## 6. El micrófono

Es un elemento perturbador, que al principio provoca miedo si no se ha utilizado nunca. El micrófono distorsiona nuestra voz, ampliándola y haciéndola irreconocible para nosotros mismos. Por eso es conveniente perderle el miedo, hablar a una cierta distancia de él (un poco más de un palmo) e ignorarlo para que no atraiga nuestra atención.

Antes de utilizar un micrófono es conveniente revisarlo para conocer su funcionamiento: dónde está el interruptor que lo enciende, cómo se puede trasladar o sacar de su soporte, su sonoridad, si tiene posibilidad de manipular el volumen, etc.

Existen diversos tipos de micrófonos:

- *Micrófono de sobremesa:* normalmente no se puede mover de un espacio reducido porque tiene cable, y suele estar en un soporte fijo o móvil.
- *Micrófono de mano (con o sin hilos):* es conveniente no moverlo demasiado y mantenerlo siempre a la misma distancia de la boca para que no se produzcan cambios de volumen
- *Micrófono de pinza:* es el más útil y fácil de manejar una vez colocado en su sitio (normalmente la solapa o el pecho). Hay que asegurarse de que está funcionando cuando empecemos a hablar, y olvidarse de que existe hasta que acabemos. Normalmente, además del micrófono existe un receptor que se coloca en el bolsillo o en la cintura. Requiere, por tanto, una preparación previa.

## 7. El puntero

La función de un puntero es llamar la atención sobre alguno de los aspectos expuestos ante los asistentes a nuestra charla o exposición, bien en una pizarra, en una transparencia proyectada o en una diapositiva o vídeo. Cualquier elemento puede servir de puntero, pero lo ideal es disponer de uno específico para realizar esa función.

Existen diferentes tipos de punteros:

- *Puntero convencional:* suele ser de madera o plástico, más grueso en la zona de agarre y fino en la punta, de uno o dos metros de largo. Su dificultad de transporte y su tamaño hacen recomendable su uso sólo cuando sea imprescindible.
- *Puntero telescópico:* ocupa el tamaño de un bolígrafo y mide aproximadamente un metro o menos. Es muy práctico, ya que ocupa poco espacio y es fácil de manejar.
- *Puntero láser:* es el más utilizado, ya que permite su uso en distancias más largas y no dificulta la visión mientras se utiliza. Existen diferentes modelos, cada vez más pequeños y manejables y su uso es cada vez mayor. Requiere pilas para su funcionamiento.

Capítulo IV
# Medios de apoyo educativo (2)
Ana Escayola

## 1. Transparencias

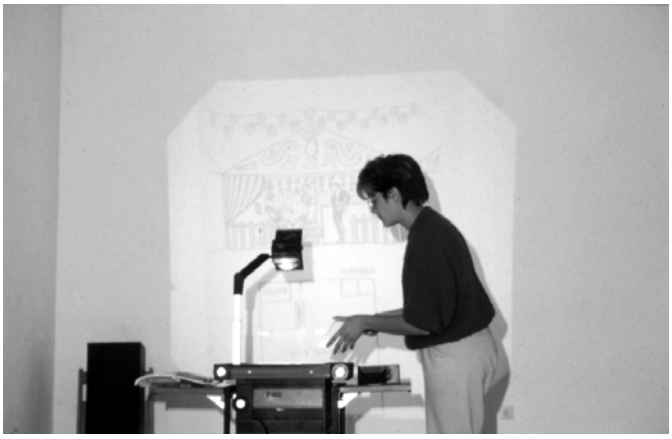
Es un medio visual que se creó para ser utilizado en salas pequeñas y con pocos alumnos, pero debido a su gran facilidad de uso, se ha extendido ampliamente. Las transparencias son un tipo de material audiovisual que se utiliza comúnmente en las presentaciones orales. Su uso resulta muy atractivo debido a que es un medio sencillo y de fácil manejo.

### 1.1. El retroproyector

El retroproyector (figura 4.1.) es el aparato destinado a proyectar las imágenes que se han preparado en una hoja de acetato, el cual se coloca detrás del conferenciante. A pesar de su fácil manejo, es importante conocer sus partes:

- Bombilla o fusible
- Lente o foco
- Tapa
- Interruptor o interruptores
- Ventilador
- Enchufe y alargo

**Figura 4.1.** Retroproyector.



De igual modo, es importante conocer su manejo, en especial el cambio de la bombilla o fusible, cómo enfocar la lente o foco y sobre todo cómo se enciende, puesto que todos los retroproyectores son en principio iguales, pero cada uno es distinto en la colocación de los interruptores, el ventilador, etc.

### 1.2. Pantalla

La pantalla es una superficie blanca sobre la que se proyectan las imágenes. Ésta puede ser de diferentes medidas y materiales. Para que la imagen se proyecte correctamente, la pantalla se debe colocar perpendicular a la imagen proyectada.

### 1.3. Transparencias

Las transparencias son láminas transparentes que se obtienen de la combinación del acetato de celulosa y plastificantes, por lo que es probable que algunos autores hablen de acetato/s para referirse a las láminas en que se es-

cribe la información. Existen diferentes tipos, los más utilizados son los siguientes:

- *Transparencias para escribir a mano*

Estas láminas son finas por los dos lados. Sólo se puede escribir sobre ellas con rotuladores especiales para ello.

- *Transparencias para fotocopiadoras*

Estas láminas también son finas por los dos lados, pero están fabricadas con plastificantes adecuados que le permiten soportar las altas temperaturas de una fotocopiadora. Este tipo de acetato es muy útil si no se quiere utilizar color en las proyecciones.

- *Transparencias para impresora*

Son láminas que tienen una parte fina y otra rugosa. La parte rugosa permite fijar la tinta de la impresora. Este tipo de láminas permite la impresión de transparencias en color o en blanco y negro. Esto dependerá del tipo de impresora que utilicemos.

Correctamente usadas, las transparencias proporcionan una imagen profesional y facilita que el pensamiento fluya de modo lógico. Por ello es importante organizar el contenido para que el mensaje se adecue a la audiencia y que sea coherente con los objetivos que se ha planteado el orador y apropiado al tema que se está tratando.

**1) Ventajas**

- Son fáciles de preparar.
- El orador puede escribir y dibujar sobre la transparencia mientras está hablando (debe decidir dónde y cuándo escribirá sobre la transparencia).
- Al dibujar o escribir, puede hacerlo mirando al auditorio.
- No hace falta que la sala esté a oscuras; así se permite la toma de notas.
- Proyecta una imagen clara de palabras y gráficos.
- Se puede alterar el orden preestablecido.
- Es móvil, limpio y tiene pocas piezas que puedan estropearse.
- Es fácil de instalar; su tecnología es básica y su utilización, también.
- Es útil si se quieren presentar esquemas dibujados previamente.
- Se pueden preparar transparencias que incluyan fotos.

2) **Desventajas**

- El retroproyector es un aparato caro, por lo que cuando queramos utilizarlo deberemos preguntar si la institución tiene uno.
- El papel de transparencias es relativamente caro.
- El orador tiene que conocer su funcionamiento.
- En grandes auditorios la imagen no resulta nítida.
- Las fotografías no resultan tan vistosas ni tan nítidas.

## 1.4. Cómo hacer transparencias

- Es mejor hacer las transparencias sobre el papel antes de imprimirlas.
- Escribir de 6-7 palabras por línea.
- Escribir de 6-7 líneas por hoja.
- Si las escribe a mano debe utilizar letras grandes que irán en función del tamaño de la sala:

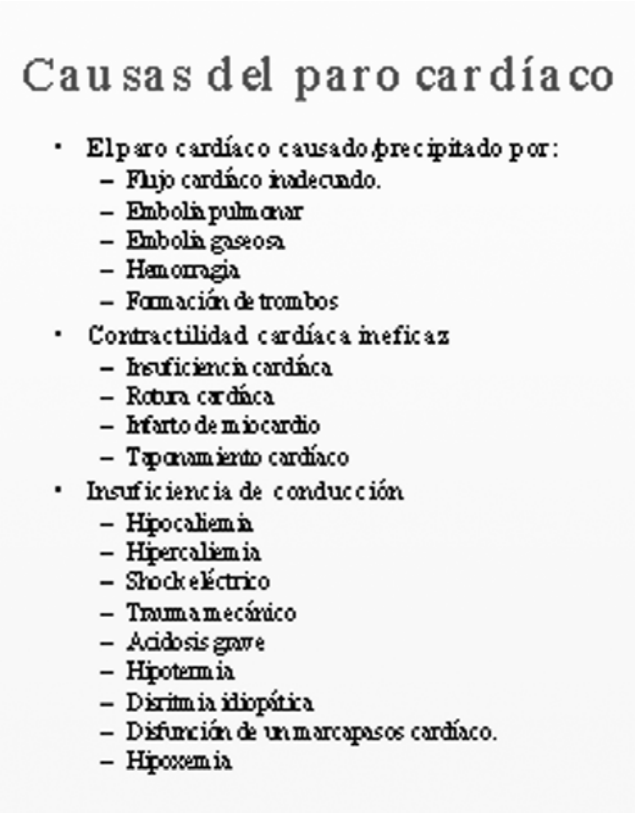
– Más de 10 metros: 4mm
– 10-15 metros: 5mm
– 15-20 metros: 9mm

- Trazos gruesos.
- Es mejor utilizar un fondo claro y letras oscuras.
- Colores sólidos y nítidos.
- Atención con las faltas de ortografía.
- No se debe abusar de las mayúsculas.
- Limitarse a dar un mensaje sencillo en cada proyección. Es importante presentar al principio los puntos clave.
- Evitar fotocopiar páginas de libros o informes ya publicados.
- No ocupar los márgenes (así se evita mover la transparencia).
- Simplificar las cosas.
- Incluir la información necesaria eliminando el material que resulte superfluo.
- Se pueden incluir gráficos, tablas y dibujos.

## 1.5. Errores más frecuentes

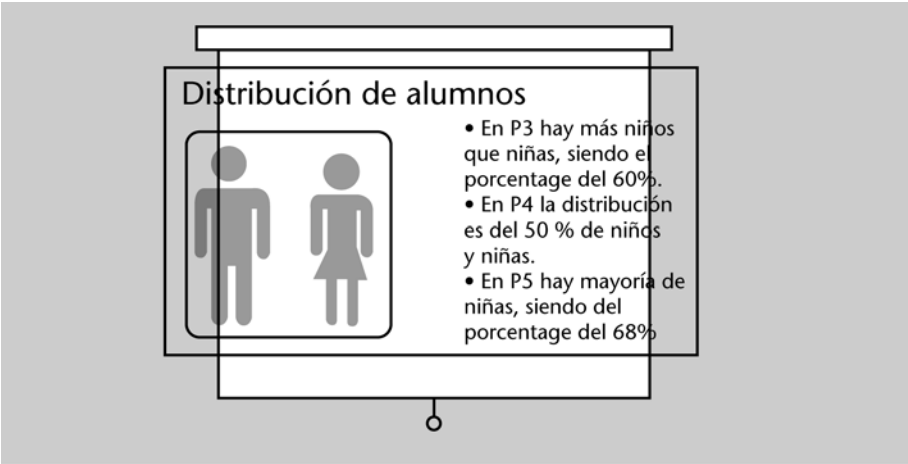
- Demasiada información en la pantalla al mismo tiempo (figura 4.2).
  El retroproyector sirve para desarrollar los puntos importantes de una exposición, pero no para hacer un acopio de información que el oyente habrá de escribir y anotar.

**Figura 4.2.** Ejemplo de transparencian con demasiada información.



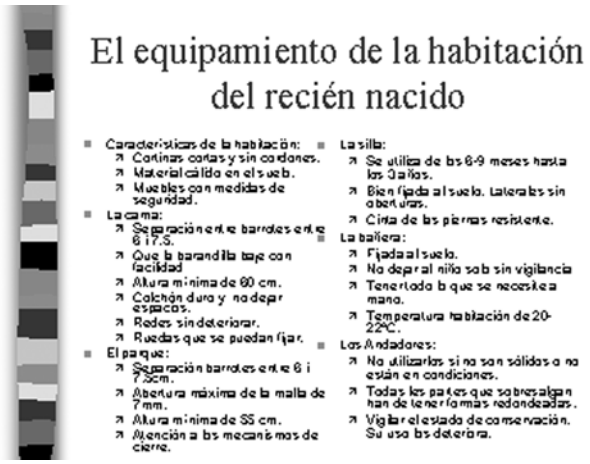

- La imagen no cuadra en la pantalla (figura 4.3).
- La utilización de los márgenes hace que se tenga que mover la transparencia para poder ser vista.
- El texto es ilegible o la imagen pequeña (figura 4.4).

**Figura 4.3.** El texto y la imagen no cuadran con la proyección.




Si se hacen a mano, no pueden parecer que están hechas por un aficionado y si están hechas a ordenador, deben poder leerse sin dificultad. Las imágenes deben ser vistas de forma clara de la misma forma que el texto.

**Figura 4.4.** El texto es ilegible.




- Transparencias desordenadas.
- A veces se desordenan las transparencias y no encontramos la que buscamos. Es importante numerarlas.
- Efecto Keystone.

Es un efecto óptico que se produce cuando el haz de luz del proyector no forma ángulo recto con la pantalla. Este efecto puede distorsionar la imagen. La solución es inclinar la parte superior de la pantalla (algunas de ellas disponen de este dispositivo, pero no todas) para conseguir que la imagen proyectada y la pantalla formen un ángulo perpendicular.

### 1.5.1. Gráficos, tablas y dibujos

Respecto a los gráficos, tablas y dibujos hemos de destacar ciertas normas a la hora de utilizarlos. Estas normas son útiles para transparencias y diapositivas. En general los gráficos, tablas, y dibujos han de ser:

- Sencillos.
- Que no rompan la unidad.
- Deben destacar los elementos clave con el color más enfático.
- Atención a los colores. El sentido común a la hora de combinar colores es importante. Es preferible no utilizar colores oscuros que dificulten la lectura.
- Mejor no utilizar los mismos colores para destacar cosas distintas de la transparencia (por ejemplo, utilizar el mismo color para un segmento que para el título).
- No mezclar sombreados con tramas y líneas diagonales, puesto que confunden a la audiencia.
- No destacar demasiado las líneas.

Ahora hablaremos de estos recursos estadísticos y destacaremos lo más importante de cada uno.

- *Tablas*

– No utilizar más de siete líneas y cuatro columnas.

– La escritura de la tabla ha de ser legible a simple vista y sin proyector (figura 4.5.).

**Figura 4.5.** Ejemplo de escritura de tabla.

Distribución de alumnos por sexo

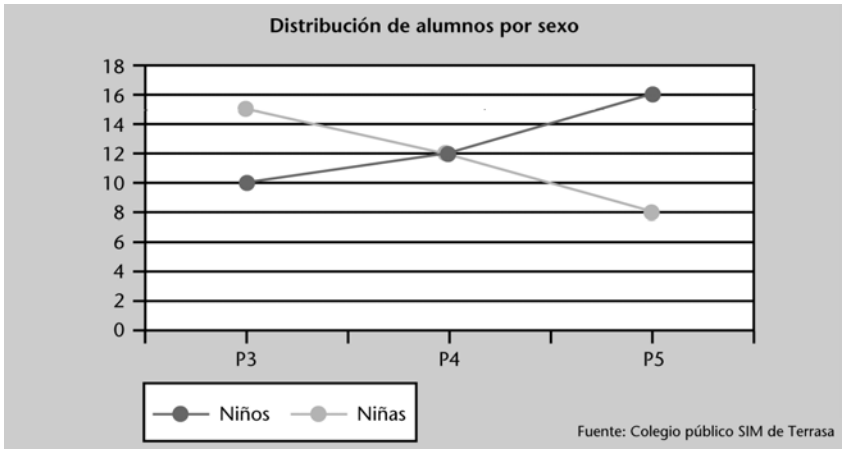
| | | Alumnos | |
|---|---|---|---|
| | | Niños | Niñas |
| Cursos | P3 | 15 | 10 |
| | P4 | 12 | 12 |
| | P5 | 8 | 16 |
| | Total | 35 | 38 |

Fuente: Colegio público SIM de Terrasa

- *Gráficos de curvas*

– Tienen que ser sencillos.
– Con un máximo de dos o tres curvas.
– Hay que escoger los ejes de coordenadas que llenen el área visual.
– Es preciso elegir una rotulación clara, pero mínima.
– Atención al color (figura 4.6).

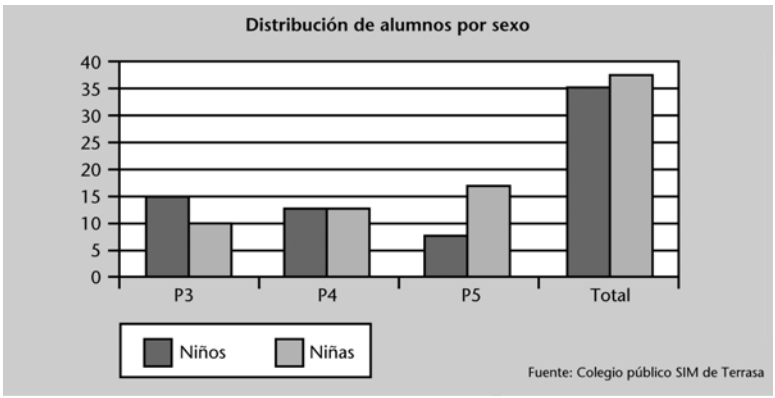
**Figura 4.6.** Ejemplo de uso de color.



- *Gráficos de columnas* (figura 4.7)

– Cuando decidimos utilizar este tipo de gráfico, siempre es mejor seguir utilizándolo durante toda nuestra conferencia.
– Las columnas son muy útiles cuando queremos comparar varias cosas.

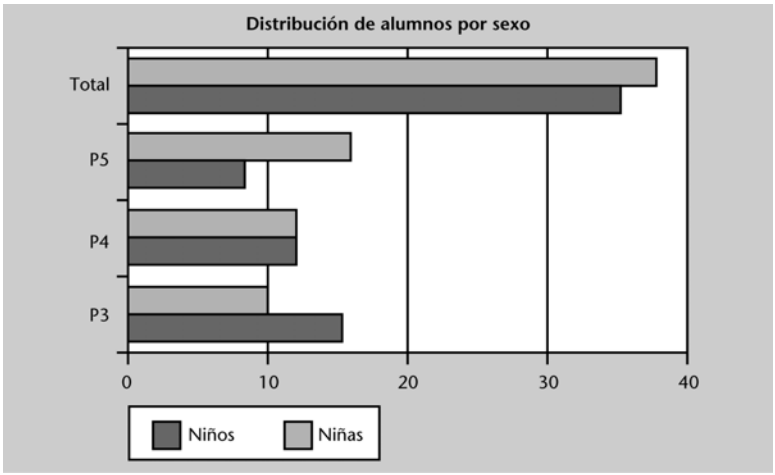
**Figura 4.7.** Gráfico de columnas.




- *Gráfico de barras* (figura 4.8)

– Se utilizan siempre en dos casos: *1)* cuando se comparan periodos de tiempo; *2)* cuando las unidades que se comparan requieren de títulos verbales muy largos.

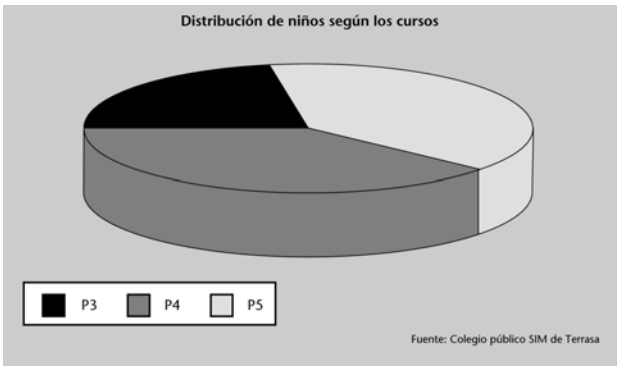
**Figura 4.8.** Gráfico de barras.



- *Gráfico de sectores* (figura 4.9)

– Son muy útiles cuando queremos representar partes o porcentajes de alguna cosa.
– No son útiles para hacer comparaciones.

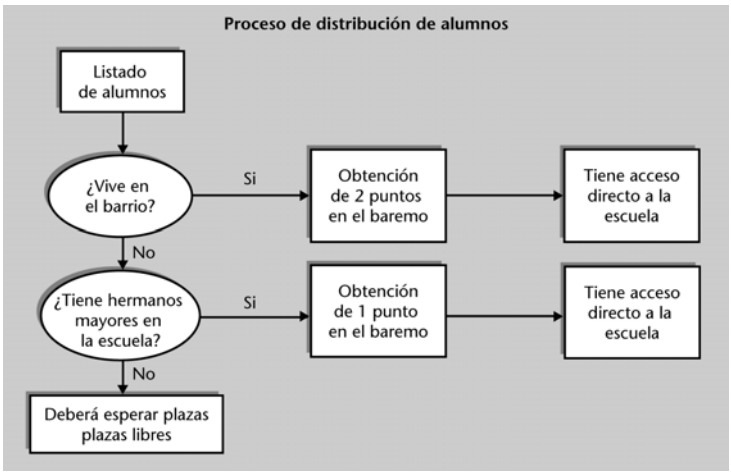
**Figura 4.9.** Gráfico de sectores.




- *Gráficos especiales*

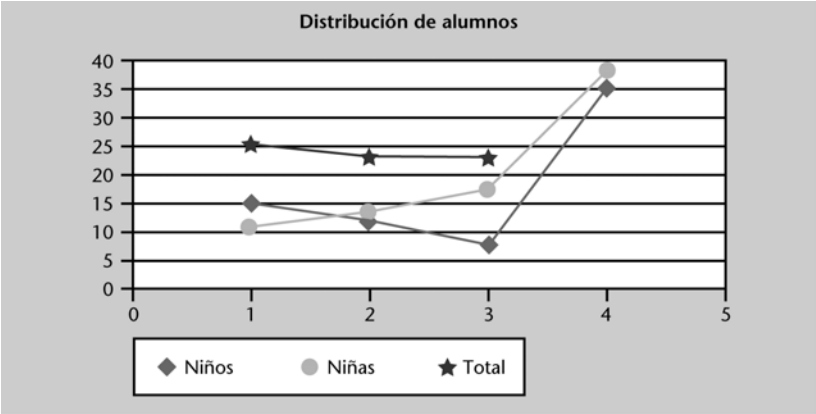
– Los gráficos de procesos o algoritmos son un sistema bastante utilizado para plasmar todas las etapas sucesivas de una proceso o algún protocolo de actuación. Al igual que todos los gráficos, debemos intentar que sea lo más simple posible y que ayude a ver claro todo el proceso (figura 4.10).

**Figura 4.10.** Gráfico de procesos.



– Los gráficos de dispersión son muy útiles cuando se quieren comparar muchos datos. Cada punto representa un valor que puede marcarse con arreglo a dos y hasta tres escalas (figura 4.11).

**Figura 4.11.** Gráfico de dispersión.




## 2. Diapositivas

La diapositiva es uno de los medios audiovisuales que han tenido y siguen teniendo mayor aceptación en muchas conferencias y charlas. Son de gran apoyo para todo tipo de oradores que necesitan expresar sus ideas en público.

### 2.1. El proyector de diapositivas

El proyector de diapositivas es un aparato que sirve para proyectar las diapositivas sobre una pantalla. Existen diferentes modelos de proyectores de diapositivas. Por lo tanto, el orador debería saber utilizar el aparato antes de la exposición.

El orador debe conocer las partes del aparato, su funcionamiento y el cambio de la lámpara halógena, puesto que sin ella no funciona el proyector.

Las partes más importantes del proyector de diapositivas son:

- Foco / autofoco
- Mando para pasar las diapositivas
- Flecha luminosa
- El porta-diapositivas
- El magazín (el carro donde insertamos las diapositivas)
- La lámpara
- Enchufe
- Interruptor
- Ventilador

Es importante recordar que los proyectores de diapositivas tienen un ventilador que debe quedarse encendido una vez hecha la proyección hasta que el aparato se haya enfriado; así conseguiremos que la lámpara no se funda con facilidad.

Los aparatos de diapositivas pueden tener un mando a distancia que permiten pasar las diapositivas y autoenfocarlas sin necesidad de acercarse al proyector.

### 2.2. Pantalla

Se utiliza la misma pantalla que para la proyección de transparencias.

### 2.3. Diapositivas

Las diapositivas son la imagen positiva obtenida sobre una película transparente que se puede proyectar. Tienen una gran definición, ya que están hechas especialmente para ser ampliadas.

Van protegidas por un marco de cartón o plástico que las hace más adaptables para su proyección.

Cabe destacar que hay diferentes tipos de carros o magazines:

- CS: son carros que permiten el ajuste de las diapositivas y éstas no caen.
- LKM: no permite pasar diapositivas con marcos para carros CS. Las diapositivas pueden caerse, desordenarse y encallarse en el proyector.

- UNI (Universal): sirven para todo tipo de diapositivas, pero éstas quedan sueltas y pueden caerse.
- RM175: son carros circulares que no pueden adaptarse a los proyectores.

Antes de iniciar nuestra sesión deberíamos comprobar qué tipo de carro y de aparato posee la institución donde vamos a dar la conferencia o avisar antes del tipo de aparato que precisamos.

**Ventajas**

- Sirve para una gran audiencia.
- Es de fácil reproducción.
- Permite la reproducción de fotografías.
- Proporciona un efecto de anticipación y crea expectación al apagar las luces.

**Desventajas**

- Requiere un orden prefijado. No se puede modificar.
- Precisa de oscuridad.
- Es un sistema de reproducción muy caro (aproximadamente 600 pesetas cada diapositiva si ésta es de letra y procedente de un ordenador).

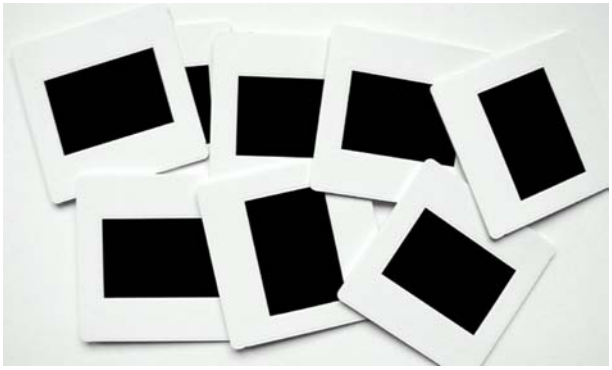
**Cómo hacer diapositivas**

- La información se debe seleccionar y simplificar.
- Si hace falta, hay que hacer más de una con el mismo título.
- No pasarlas demasiado rápido. Se calcula que para que se aprecien bien y se asimilen deben dejarse durante un minuto como mínimo en pantalla.
- Es recomendable evitar abreviaturas.
- Comprobar que no hay errores; ni de contenido ni de ortografía o gramática.
- El fondo ha de ser oscuro y las letras claras.
- El color despierta interés.
- Se han de poder leer a simple vista y sin aparato de proyección.
- Intentar que las diapositivas sean lo más originales posible.
- Permiten la reproducción de gráficos, tablas y datos estadísticos. Las normas que se seguirán serán las mismas que en las transparencias.
- No todos los temas son fotogénicos.

- Utilizar toda la superficie visual para realizar una diapositiva.
- Lo más importante es la primera diapositiva. Ésta es la que se gana al público y debe ser sencilla y general.
- Cuando un tema no es adecuado para la representación visual el conferenciante tiene tres opciones:

– Dejar puesta la misma diapositiva que tenía.
– Pedir que se abran las luces y después que las vuelvan a apagar.
– Se puede colocar una diapositiva de relleno. Normalmente no tiene nada que ver con lo que se dice, pero relaja la vista y vuelve a captar la atención del oyente. Se utilizan mucho los paisajes, flores, etc. (figura 4.12).

**Figura 4.12.** Diapositivas.



## 3. Fotografías

Las fotografías son muy vistosas y si están bien hechas tienen mucha luminosidad de tal modo que ilustran al auditorio y avivan cualquier charla. Son muy clarificadoras y ayudan a comprender algunos de los procesos descritos (figura 4.13).

No todos los temas son fotogénicos. Hay algunos temas que por mucho que nos esforcemos no serán muy ilustrativos, como por ejemplo una entrevista o una intervención quirúrgica muy complicada en la que el plano no quede bien definido y no se distingan bien las estructuras.

Hay otros temas que sí son fotogénicos y que clarifican mucho las cosas. Por ejemplo, procesos sencillos o técnicas que no precisen de planos muy complicados, muestras patológicas o bien radiografías.

Es preciso prestar atención, ya que se puede caer en el riesgo de utilizar muchas fotografías de este tipo y que se utilicen más de las necesarias para ilustrar un tema determinado.

**Figura 4.13.** Fotografía.

El uso de caricaturas no es muy habitual, pero es importante recalcar que puede ser muy útil cuando se intenta ilustrar un proceso o se intenta dar un toque de humor a algún tema (figuras 4.14 y 4.15)

**Figura 4.14.** Caricatura.

**Figura 4.15.** Caricatura.

## 4. Demostraciones prácticas: visitas, maniquíes, maquetas

Las demostraciones prácticas sirven para enseñar cómo se debe realizar una actividad práctica o para concienciar al auditorio de la necesidad de adquirir conocimientos o actitudes determinadas. Sirven también para adquirir habilidades prácticas que no se pueden aprender en el contexto teórico

Esta actividad es útil si va seguida de la repetición práctica de la actividad o el estudio. Sin ello su eficacia es dudosa.

**1) Ventajas**

- Es un método flexible que permite adaptarse al ritmo de la audiencia.
- Si existe una buena visibilidad permite una amplia audiencia.
- Indica cómo se debe realizar una actividad antes de llevarla a cabo en la realidad.
- Permite ver y tocar el material que se necesita en cualquier proceso y familiarizarse con él antes de su uso.

**2) Desventajas**

- El aprendizaje se realiza con posterioridad a la explicación teórica.
- Es un método pasivo de aprendizaje.

No existen normas estrictas para la utilización de una metodología concreta delante de una situación de aprendizaje. Cada caso es particular en función del grupo de alumnos y del profesor.

### 4.1. Visitas

Las visitas son un medio útil de ver procesos enteros de producción o sirven para ver el ambiente donde los alumnos se van a mover. Son eficaces cuando el grupo es grande o cuando el lugar que se visita también lo es. Es una forma de adquirir conocimiento que gratifica mucho al estudiante, ya

que le permite ver de cerca el proceso a la vez que le permite hacer preguntas (figura 4.16).

**Figura 4.16.** Visita a una fábrica de envasado de conservas.

## 4.2. Maniquíes

Los maniquíes se utilizan como método para realizar sesiones prácticas simuladas. Esto significa que el alumno se coloca en una situación parecida a la real, pero que en realidad no lo es. Es una situación muy estimulante para los alumnos, ya que tienen que aplicar los conocimientos teóricos que han aprendido previamente. Esta técnica confiere sentido a la teoría.

**Figura 4.17.** Uso de maniquí.

Este método requiere de un número reducido de alumnos, puesto que es un sistema idóneo para que todos los alumnos participen de la práctica (ejemplo: enseñar a los alumnos de enfermería cómo se hace la higiene a un enfermo encamado en un hospital).

### 4.3. Maquetas o modelos

Las maquetas o modelos sirven para que el alumno se familiarice con algún objeto que deberá utilizar o conocer antes de su uso. Cuando se presentan modelos o maquetas, los alumnos ven aquello que se les explica. Al mismo tiempo pueden manipularlo y entender su funcionamiento (figura 4.18).

Este método puede ser utilizado en grupos amplios, pero si sólo se tiene un modelo o una maqueta, hará falta mucho tiempo para que todos los alumnos lo hayan visto y entendido.

**Figura 4.18.** Presentación de un instrumento musical.

## 5. Cañón de proyección

El cañón de proyección es el elemento audiovisual que se está utilizando con más frecuencia en el ámbito docente y como soporte para hacer comunicacio-

nes orales en los últimos años. Se trata de un proyector que, conectado a un ordenador, es capaz de reflejar las imágenes preparadas anteriormente mediante un programa informático en la pantalla. Las presentaciones que se realizan mediante este medio alcanzan una gran efectividad entre la audiencia, ya que combinan la forma tradicional con las últimas tecnologías.

- *Ventajas*
  - Imagen de alta calidad.
  - Se pueden combinar todo tipo de recursos audiovisuales.
  - Sirve para grandes audiencias.

- *Desventajas*

  - Es un aparato muy caro.
  - Requiere un orden prefijado que no se puede alterar.
  - Requiere oscuridad.

**Figura 4.19.** Cañon de proyección.

*Preparación de material audiovisual mediante programas informáticos: PowerPoint*. Existen en el mercado numerosos programas informáticos que sirven para preparar material audiovisual de apoyo a las presentaciones orales como el Corel presentation®, Harvard graphics®, Harvard spotlight®, Opus presenter®, Freelance®, Neoshow®, Star Impress®, Billenium effects® y/o Keynote® entre otros. Sin embargo, el que se utiliza con mayor frecuencia es el PowerPoint® integrado en el paquete informático *suite* Office de Microsoft, que se vende de for-

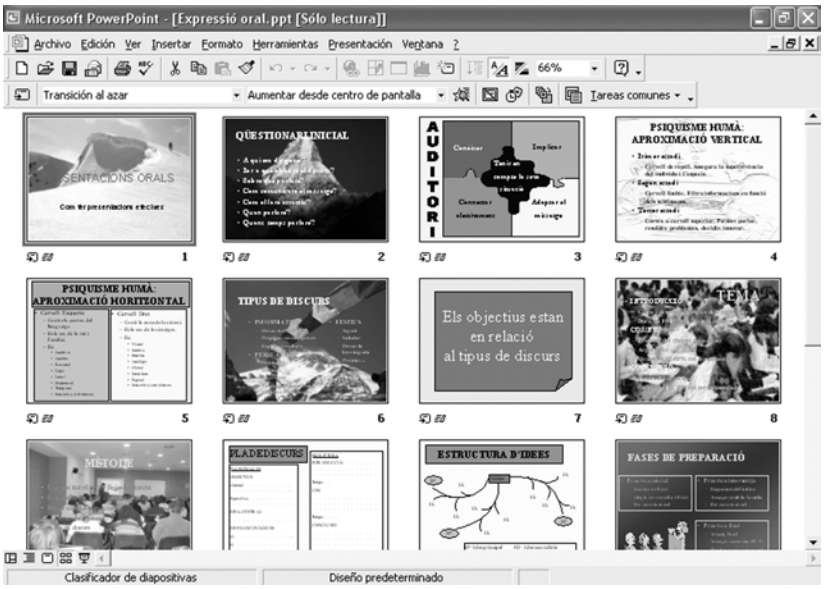
ma conjunta junto al procesador de textos (Word®), la hoja de cálculo (Excel®) y la base de datos (Access®). Su gran demanda a nivel mundial y sus grandes prestaciones unidos a su fácil manejo hacen que muchas instituciones dispongan de este material.

Las presentaciones creadas con este programa admiten el uso de texto, imágenes, fotografías, gráficos de todo tipo, sonidos, películas, organigramas, hojas de cálculo, etc. La combinación de algunos de éstos recursos permite realzar y mostrar de forma más clara, completa y atractiva una determinada idea a la audiencia.

Una de las ventajas más claras que ofrece este programa es que admite distintos soportes para generar una presentación. Es decir, se puede utilizar el programa para preparar transparencias, diapositivas o presentaciones por pantalla (mediante el cañón de proyección), lo que le otorga una gran la flexibilidad, ya que permite ajustar el tipo de material audiovisual al auditorio y a los objetivos que se quieran conseguir con la presentación.

El programa lleva incorporado un asistente especializado en cada tarea que se quiera realizar, lo que ayuda al orador a preparar sus presentaciones. Sin embargo, es necesario un mínimo de conocimiento informático para poder trabajar con mayor facilidad y rapidez.

**Figura 4.20.** Presentación con Power-Point.



Capítulo V

# El consejo médico

Andreu Prat y Rafael Guayta

En el contexto de la relación asistencial, el término *consejo* se suele referir a las vertientes más individuales de la educación sanitaria, implicando un proceso dialéctico interactivo entre dos personas, en este caso el profesional sanitario y el usuario o paciente, y no sólo las recomendaciones unidireccionales o el suministro de información. Suministrar un consejo personalizado forma parte de un proceso de comunicación que va más allá de la simple información, en el cual el profesional debe estar preparado para reaccionar emocionalmente con el paciente basándose en el desarrollo de la asociación, la empatía, el respeto y la legitimación con su paciente.

Aunque el término *consejo médico* puede sugerir una acotación, ello se hace en aras de la terminología internacional aceptada. De hecho, todos los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, farmacéuticos, etc.) son los responsables de la aplicación de la educación sanitaria a la práctica asistencial diaria. Desde la estricta perspectiva de la promoción de la salud, el consejo médico ha sido definido por Green como aquella actividad de la educación sanitaria orientada hacia la adopción de cambios voluntarios en la conducta o conductas relacionadas con la salud, advirtiendo que éste escapa del ámbito de la educación sanitaria cuando es más terapéutico que informativo.

Por otro lado, estos agentes de salud son los que tienen mayor capacidad de incidir sobre los conocimientos, actitudes y comportamientos de la población en relación con la salud. A su vez, estos profesionales ejercen por un lado el papel de *rol ejemplar*, y por otro el de *educadores sanitarios activos*.

En general, en la modificación de los comportamientos insanos de sus pacientes, el personal sanitario posee mucha más efectividad de lo que el mismo cree. Dicha efectividad se ve favorecida por el contacto mutuo frecuente, su cre-

dibilidad y la especial situación de demanda con la que el paciente acude habitualmente a la consulta. El profesional sanitario se encuentra además en una posición inmejorable para detectar la toma de conciencia por parte del paciente, de la propia necesidad y conveniencia del cambio de la conducta. Esto se conoce como el *teachable moment* ('momento receptivo de enseñanza').

Ante la necesidad de impartir consejo médico a un paciente, es aconsejable valorar el siguiente esquema de actuación (tabla 5.1):

Tabla 5.1. Aspectos fundamentales en el proceso del consejo educativo.

| |
|---|
| **1)** Establecimiento de la alianza educativa. |
| **2)** Universalización del consejo. |
| **3)** Investigación de los hábitos del paciente. |
| **4)** Priorización de las conductas que se tienen que modificar. |
| **5)** Diseño del plan educativo. |
| **6)** Desarrollo del plan. |
| **7)** Monitorización de los progresos. |

## 1. Establecimiento de la alianza educativa

Para que el consejo médico sea realmente eficaz, es fundamental que el profesional sanitario y el paciente establezcan lo que se ha venido en llamar la *alianza terapéutica* o *alianza educativa*, con el objetivo de alcanzar y mantener la salud. Esto se establece a través de la relación asistencial con el paciente y constituye el momento en el que profesional sanitario percibe su importancia como educador y desea que el paciente se beneficie del proceso educativo que se inicia.

Aquí expresará toda su eficacia lo que se ha venido en llamar el análisis transaccional, es decir, los diferentes roles en el proceso educativo, que contribuirán a sedimentar la empatía: rol de padre crítico (imposición, advertencia, instrucciones, juicios, etc.), padre nutritivo (afectividad, estímulo, valorización, propuesta de ayuda y soporte, etc.), adulto (análisis, objetividad, ecuanimidad, etc.) o niño (expresión de las necesidades, rebeldía, petición, demanda, frustración, insatisfacción, etc.). El grado de simetría entre los roles del emisor y del receptor contribuirá a un mayor nivel de empatía.

En este momento del proceso es fundamental que el paciente sea receptivo al pacto educativo y se responsabilice de los comportamientos relacionados con su estado de salud.

La alianza educativa se sella en las primeras visitas y persigue la adhesión al plan educativo, a fin de conseguir aquellos objetivos de salud que, ligados al comportamiento, han sido fijados conjuntamente. El profesional sanitario debe hacer comprender a su paciente el abanico de posibilidades que posee para mantener o restablecer su salud, desvelándole los objetivos de aprendizaje. Su papel es informarle sobre los estilos de vida y sobre las conductas que convenga adoptar o abandonar. Es necesario motivar al paciente en uno u otro sentido para aumentar su atención y capacitarlo. Se deberán crear aquellas condiciones que permitan pasar a la acción, adoptar la conducta marcada como objetivo educativo y, en última instancia, mantenerla.

La importancia de la alianza educativa es tal que si una de las partes no la suscribe, el consejo difícilmente será asumido y el paciente seguirá acudiendo a la consulta más en busca de prescripción que de consejo. En esta situación el profesional sólo ejercerá como prescriptor, dejando a un lado su papel activo como educador.

En esta primera etapa podrán reforzarse aquellos conocimientos y actitudes beneficiosos para el control de la patología que el paciente presente y que le hagan acreedor de determinado cambio conductual. A su vez, esto permitirá racionalizar el esfuerzo educativo, enfocándolo en aquellas esferas del conocimiento o la afectividad que mayores problemas de abordaje presenten. Se trata, en suma, de evaluar a nuestro paciente sobre lo que sabe, lo que siente, lo que quiere hacer y sobre si podrá hacerlo.

Si no se realiza este abordaje en las etapas preliminares del proceso de aprendizaje de comportamientos, habrá que "volver atrás" posteriormente para corregir deficiencias conceptuales o de habilidades y recursos, las cuales impedirían la adhesión al proceso de aprendizaje y la adopción del comportamiento propuesto.

## 2. Universalización del consejo

Cabe pensar que cualquier persona que acude a la consulta es susceptible, cuando no tributaria, de recibir consejo educativo. Diferentes estudios consta-

tan que los profesionales tienden a hablar más con aquellos pacientes que más preguntan, quienes, a su vez, suelen ser los más informados. En cambio, los más faltos de información y por lo tanto, de consejo, suelen ser más reservados, plantean menos preguntas y como resultado de ello, son también los menos aconsejados. En el proceso de aprendizaje debe transformarse al paciente en un *paciente activo*, es decir, alguien que participa en la toma de decisiones respecto de su aprendizaje.

El profesional sanitario debe esforzarse en universalizar el consejo, haciéndolo extensivo a todos y cada uno de sus pacientes y dando respuesta a sus necesidades educativas de acuerdo con su edad, sexo, nivel de instrucción, nivel socio-económico, etc. En los jóvenes, en los adolescentes y en los individuos de menor nivel socio-económico, se deben extremar los esfuerzos educativos, en el sentido de que son los que presentan mayores necesidades educativas y peores perfiles de salud respectivamente. Además, este grupo de pacientes es más refractario a las actividades educativas, ya que no siente la necesidad de cambios conductuales.

La comunicación puede facilitarse incorporando preguntas del tipo: "¿hay algo que le preocupe especialmente?", "¿desea preguntarme alguna cosa?", "¿me he explicado bien?", "¿qué le gustaría saber?", etc. Deben evitarse preguntas que generen invariablemente respuestas positivas de asentimiento, las cuales no nos aseguran la respuesta a las necesidades de información de nuestro paciente como: "¿me ha entendido bien?", "¿todo claro?", "¿de acuerdo?".

El proceso de aprendizaje se inicia en lo que se denomina fase de información-orientación, sin entrar en mensajes educativos concretos. Así, procederemos a un intercambio de ideas, directivo e interactivo, sobre la patología que aqueja al paciente. Este proceso debe permitir la libre expresión de ideas y sentimientos, para identificar precozmente las actitudes refractarias.

## 3. Investigar los hábitos del paciente

Es necesario interrogar concienzudamente a los pacientes sobre sus hábitos de vida y evaluar el grado de conocimientos, creencias, actitudes, valores, etc.,

registrándolos en la historia clínica. Los hábitos deberán cuantificarse siempre que sea posible, puesto que ello permitirá una mejor evaluación de los cambios si éstos acontecen finalmente. La investigación y cuantificación de dichos hábitos es una acción primordial para iniciar el proceso educativo, ya que no debería intentarse ninguna modificación si el perfil del paciente respecto a su estilo de vida está incompleto.

La investigación de los hábitos debe contener asimismo elementos que permitan aproximarse a los conocimientos que el paciente posee respecto a los mismos, con el objetivo de averiguar su actitud (opinión, sentimiento y planes) y el grado de consonancia. También deben constatarse los intentos modificadores anteriores y el grado de éxito conseguido en los mismos. Por último, deben valorarse los posibles obstáculos ambientales, que podrían oponerse al cambio propuesto (medio ambiente familiar, laboral, situación socio-económica, etc.).

## 4. Priorizar la conducta o conductas que hay que modificar

Hay que tener en cuenta que carece de eficacia intentar modificar todo, a todo el mundo, al mismo tiempo. En este punto, la participación del paciente es fundamental para expresar sus necesidades, preferencias y capacidades de cambio respecto a la conducta propuesta en la alianza educativa.

Como pauta, es aconsejable empezar por hábitos en los que el paciente comprenda la necesidad del cambio y esté más capacitado para hacerle frente. En este sentido, los éxitos ayudan a intentar emprender cambios en hábitos más difíciles. Debe intentarse relacionar diversos hábitos como por ejemplo, el abandono del hábito tabáquico y la práctica de ejercicio físico.

## 5. Diseño del *plan educativo*

Cuando ya se ha priorizado la conducta que hay que modificar, debe diseñarse el plan educativo de aprendizaje junto con el paciente. Hay que tener en

cuenta que el consejo educativo debe orientarse no sólo a la esfera del conocimiento, sino a lo que el paciente debe hacer, desarrollando las habilidades que le permitan pasar a la acción. Aumentar los conocimientos y modificar las actitudes son sólo pasos intermedios en todo el proceso de cambio conductual.

El uso de un enfoque multimodal, es decir, integrando en el proceso diferentes técnicas educativas (técnicas de grupo, medios indirectos de soporte, etc.) aumenta la efectividad. A su vez, el plan debe ser adaptado a las necesidades individuales de cada paciente y a los recursos de que disponga el profesional y el centro donde trabaja (factibilidad). Es importante, por ejemplo, su disponibilidad de tiempo o la preferencia en la participación en grupos, etc. También debe recordarse la conveniencia del uso de material escrito para dar instrucciones que den soporte al consejo oral. No obstante, el material escrito en ningún caso debe sustituir al consejo verbal. El plan debe contener inexcusablemente los objetivos que se desean alcanzar. Éstos deben ser concretos, limitados en el tiempo, y cuantificados y cuantificables, a fin de poder ser evaluados. Finalmente, es necesario considerar que el paciente debe tener accesibilidad a los diferentes recursos (medios y métodos) necesarios para asegurar la consecución de los objetivos de aprendizaje.

## 6. Desarrollo del plan

Los mensajes que se impartan deberán ser informadores y motivadores a la vez, a fin de incidir sobre conocimientos y actitudes. Además tendrán que contener unas instrucciones precisas sobre el uso del mensaje para capacitar el paso de una conducta a otra. Por otro lado, han de ser iterativos y combinar diferentes medios de difusión (oral, escrito, audiovisual, etc.).

La comunicación durante todo el proceso debe ser bidireccional y activa, permitiendo el intercambio de ideas, el esclarecimiento de dudas y el suministro de las aclaraciones pertinentes.

La información suministrada en esta fase debe ser *válida*, en el sentido de que reúna una serie de requisitos. Así, ha de ser:

- *Verdadera:* no deformada ni interpretada por el educador ni siquiera para aumentar la motivación.

- *Completa:* que aporte todos los elementos que permitan enjuiciar los pros y los contras y tener conciencia de lo que se está proponiendo.
- *Clara:* que sea inteligible y que permita una decodificación sencilla y rápida por parte del interlocutor.
- *Comprensible:* que utilice en todo momento un lenguaje adaptado, que evite el uso de términos científicos y academicistas que dificultarían la comprensión de lo que se quiere expresar, huyendo de las actitudes autoritarias y de dominio, ya que éstas *a posteriori* invariablemente generan un rechazo del mensaje educativo emitido.

Tal y como hemos explicado anteriormente, durante el suministro de información el profesional puede interrogar al paciente sobre la comprensión del mensaje o sobre mensajes que vayan surgiendo, con preguntas del tipo: "¿me he explicado bien?", "explíqueme en qué hemos quedado". En cada visita puede pedir al paciente que le explique en su propio lenguaje lo que espera de su proceso de aprendizaje.

La motivación es la modificación artificial del componente afectivo de la actitud. La motivación humana para el cambio conductual sigue la teoría piramidal creciente, desde aquellas puramente fisiológicas (mantenimiento y restauración de la salud) a las de autorrealización (desarrollo pleno de las capacidades), propugnada por Maslow. Dicha motivación responde a la fase en que el paciente siente el deseo de tomar una decisión respecto a la conducta que se le propone cambiar. El profesional debe identificar el componente afectivo de la actitud y los deseos de su paciente para descubrir qué puede moverle a la adopción del comportamiento propuesto.

Cabe tener en cuenta que el paciente difícilmente hará algo que se oponga a sus deseos. En el caso opuesto, la adopción de la conducta se verá facilitada. Un aspecto que debemos considerar en la esfera motivacional es el hecho de despertar miedo en los sujetos sometidos a la intervención educativa. Éste es un punto que genera gran controversia: si bien se acepta que en determinados individuos puede ejercer un papel motivador, todos los expertos están de acuerdo en que el uso del miedo no debe ser desproporcionado, ya que produce un rechazo a la información, y en que su uso no debe prolongarse demasiado, ya que podría conllevar una habituación al mismo por

parte del paciente, perdiendo su aspecto motivador, de haberlo tenido en algún momento.

En el capítulo de la motivación es importante poder ofrecer premios al paciente en forma de beneficios de salud objetivables que él pueda obtener al producirse el cambio conductual propuesto.

Ya hemos expuesto anteriormente la necesidad de realizar un análisis exhaustivo y detenido de los posibles factores predisponentes y facilitadores del comportamiento, tanto personales como ambientales. En este sentido deben evaluarse los recursos con que cuenta el paciente, su familia y su entorno, a fin de detectar posibles obstáculos que dificulten la adopción del comportamiento propuesto. Merece especial atención el papel del medio ambiente en la génesis del cambio conductual, ya que cuando éste es hostil a la conducta propuesta, dicho cambio no puede llegar a producirse.

## 7. Monitorización de los progresos alcanzados

Para evaluar los progresos del paciente, es importante concretar *visitas de seguimiento*. Normalmente esto puede realizarse cada vez que el paciente acuda para el control de su patología. En estos encuentros se felicitará por el éxito por nimio que éste sea, ya que eso proporciona la posibilidad de premiarle y aumenta la empatía entre el profesional y el paciente. Hay que hacer un ejercicio de coevaluación en el fracaso, a fin de introducir modificaciones operativas en el plan que permitan reformular objetivos plausibles en el proceso de aprendizaje.

En cada visita debe averiguarse la actitud del paciente respecto a sus recomendaciones, con preguntas del tipo: "¿le parece bien que hagamos esto?", "¿cree que le será muy difícil lograrlo?". Todo ello permite juzgar el papel de factores personales o ambientales inherentes al proceso de aprendizaje.

Es necesario proporcionar al paciente *claves* para recordar las instrucciones. Al finalizar cada visita se le puede dar, en una simple receta, unas instrucciones breves para facilitar la adopción del comportamiento propuesto.

La monitorización es vital en el seguimiento de los objetivos de aprendizaje. Deben "pactarse" las sucesivas visitas, proporcionándole un recordatorio escrito de la fecha. Por otro lado podemos consignarla en su historia clínica y en nuestra agenda, a fin de establecer eventuales contactos telefónicos para recordar la cita. Los pacientes necesitan saber en todo momento lo que se espera de ellos, así como sentirse apoyados. En este sentido, puede ser conveniente decirle que no dude en llamarnos a la consulta siempre que le surja una dificultad que dificulte la adopción del comportamiento, o le proporcione insatisfacción que justifique no esperar a la visita que teníamos concertada. Esto debe hacerse siempre y cuando no suponga una sobrecarga de trabajo añadido y racionalizando sus peticiones.

En estas visitas de seguimiento es importante buscar el apoyo de los denominados *personajes clave* pertenecientes al ámbito familiar o social del paciente, responsables muchas veces del mantenimiento y supervisión de la conducta propuesta. Debe intentarse que aquellos que puedan influir positivamente en el proceso de aprendizaje acompañen al paciente en las visitas de seguimiento y participen en el plan educativo.

Es importante subrayar que el registro de los consejos médicos en la historia clínica del paciente es tan importante como el de cualquier otro parámetro clínico. Aun siguiendo una metodología correcta y sometiendo al paciente a un enfoque multimodal adecuado, es posible que el paciente se muestre reacio al cambio conductual propuesto. Entonces deberá esperarse un momento proclive a la enseñanza y, mientras éste llega, podemos integrar informaciones periódicas en los contactos que se tengan con el paciente-usuario.

A modo de resumen, en la tabla 5.2 se exponen los siete principios básicos que deben tener las intervenciones educativas orientadas a cambiar estilos de vida descritas por Eriksen. Dos de ellos, el de la participación y el de la individualización, son particularmente relevantes en relación con el consejo de salud. El primero porque subraya la necesidad de huir de los modelos que no afronten claramente la asunción activa y corresponsable de cambios de conducta, por saludables que sean; el segundo, porque el potencial de la relación médico-enfermo, especialmente en la atención primaria de la salud, sólo puede desarrollarse plenamente en el marco de una relación personalizada y de una continuidad asistencial en la que el profesional pueda adaptar el consejo de salud a las características concretas de sus pacientes.

Tabla 5.2. Principios básicos del consejo educativo.

| |
|---|
| * **Necesidad de un diagnóstico**<br>Evaluación previa de las necesidades cognoscitivas, habilidades, accesibilidad, etc. |
| * **Principio del orden jerárquico**<br>Es necesario cubrir en primer lugar las necesidades en los factores predisponentes, después en los facilitadores y por último en los reforzadores. |
| * **Principio del aprendizaje acumulativo**<br>El aprendizaje es un proceso, resultado de la suma de muchos mensajes y experiencias fraccionados en el tiempo y en el espacio. |
| * **Principio de la participación**<br>Es básico que la educación sea un proceso con participación de los receptores del mensaje educativo. |
| * **Principio de la especificidad**<br>No existen métodos ideales "receta" para todas las circunstancias, sino un método más adecuado para cada ocasión. |
| * **Principio de la multiplicidad**<br>Dado que los determinantes conductuales son múltiples, también deben serlo los métodos que se empleen. |
| * **Principio de la individualización**<br>Es imprescindible que la intervención educativa se adapte a las características de cada individuo para que ésta alcance todo su potencial. |
| * **Principio de la retroalimentación (*feed-back*)**<br>Tanto para el profesional como para el paciente es muy importante que los progresos que este último ha obtenido en el cambio sean reforzados. |

Capítulo VI

# La educación para la salud en grupos

Salvador Sáez y Rosa Mª Calvo

La educación para la salud en grupos ha sido avalada desde diferentes instituciones, organizaciones y autores, como un método adecuado para la mejora de la salud y la calidad de vida de sus participantes. Las características propias del trabajo grupal determinan su carácter favorecedor a la comunicación y la participación de todos sus miembros, aumentando sus conocimientos y mejorando claramente las actitudes saludables, base para el proceso de aprendizaje y del cambio de los estilos de vida.

Esta metodología de trabajo es totalmente abierta pues permite trabajar con todo tipo de público, desde las personas sanas, las enfermas y los familiares, hasta con los mismos profesionales de la salud. Ofrece también muchas modalidades de trabajo, como por ejemplo, los grupos de aprendizaje, terapéuticos, de apoyo, de ayuda mutua, etc. En definitiva, la amplia gama de posibilidades que ofrece el grupo para abordar los temas y los espacios referentes a la educación para la salud, asegura que se trata de un método totalmente aceptado y útil en este marco de actuación.

## 1. Conceptos de grupo

### 1) Basadas en la interdependencia

- "Por grupo entendemos un conjunto de individuos que comparten un destino común, esto es, que son interdependientes en el sentido de que

un hecho que afecta a uno de los miembros es probable que afecte a los demás" (Fiedler, 1967).

- "Un grupo es un conjunto de individuos cuyas relaciones mutuas hacen a éstas interdependientes en algún grado significativo" (Cartwright y Zander, 1968).
- "Definimos un grupo como dos o más individuos interdependientes que se influyen mutuamente a través de la interacción social" (Forsyth, 1990).
- Añadiéndole los objetivos a la interdependencia: "Los grupos son unidades compuestas por dos o más personas que entran en contacto para lograr un objetivo, y que consideran que dicho contacto es significativo para ellas" (Mills, 1967).

**2) Basadas en la identidad del grupo**

- "Un grupo social es una unidad que contiene un cierto número de organismos diferenciados que tienen la percepción colectiva de su unidad y que poseen capacidad para actuar y/o actúan, realmente, de un modo unitario frente a su medio ambiente" (Smith, 1945).
- "Un grupo son dos o más personas que poseen una identificación social común y cuya existencia como grupo es reconocida por una tercera persona" (Brown, 1988).
- "Es un grupo cuando los componentes de ese colectivo se definen como miembros del grupo, cuando comparten las creencias grupales y existe algún grado de actividad coordinada" (Bartal, 1990).

**3) Basadas en la interacción**

- "Un grupo se define como dos o más personas que interactúan mutuamente de modo tal que cada persona influye en todas las demás y es influida por ellas" (Shaw, 1976).

**4) Integradoras**

- "Un grupo consiste en dos o más personas que comparten metas comunes, tienen una relación estable, son en cierto sentido interdependientes y perciben que en realidad forman parte de un grupo" (Paulus, 1989).

- "Los grupos son aquellos agregados sociales que incluyen una conciencia mutua y una potencial interacción entre sus miembros" (McGrath, 1984).
- "Un grupo social es un todo dinámico que oscila desde una unidad compacta, la cual puede diferir en el grado de intimidad y de organización de sus miembros hasta una masa imprecisa o grupo social a amplia escala, cuyos componentes se encuentran definidos no tanto por las similaridades entre ellos, sino por la experiencia compartida por sus miembros de un destino común dentro de un grupo considerado como un todo" (Rabbie y Lodewijkx, 1996).

## 2. Tamaño del grupo

El número de personas que componen el grupo es fundamental para escoger el tipo de técnica adecuada a cada momento. No es lo mismo intervenir en grupos pequeños que en grupos grandes, ya que solamente en los primeros podremos proponernos como objetivo un cambio actitudinal activo, mientras que en los segundos debemos aplicar recursos destinados exclusivamente a la información y motivación.

En opinión de Anzieu y Martín,[1] cuando el tamaño del grupo aumenta, también aumentan los recursos grupales y las demandas de partida, pero habitualmente suele suceder que finalmente la satisfacción de los miembros es baja, ya que no hay cabida para una participación equitativa de todos los participantes. Veamos la clasificación de los grupos por su tamaño propuesta por Anzieu y Martín:[2]

- Un grupo implica por lo menos tres personas para que se constituyan unas coaliciones duraderas.
- De tres a cinco personas, se habla de grupos pequeños no estructurados con actividades espontáneas e informales, por ejemplo del tipo "conversación".

1. Anzier y Martín (1997).
2. Clasificación de los grupos por su tamaño (Anzieu y Martín, 1997).

- De seis a trece personas, son grupos pequeños que trabajan con objetivos y existen relaciones explícitas y percepciones recíprocas entre los participantes.
- De catorce a veinticuatro personas, son los grupos extendidos como las comisiones de trabajo, grupos pedagógicos, etc. Son más difíciles de coordinar por su tendencia a formar subgrupos.
- De veinticinco a cincuenta personas, son los grupos amplios que generalmente pretenden la transmisión de información y conocimientos, como una clase; o bien la negociación, como los acuerdos con la empresa. Se pueden utilizar técnicas como el Philips 66 o el panel modificado.
- Más de cincuenta personas, se trata de asambleas que necesitan una estructura permanente y el empleo de procedimientos determinados por una reglamentación interior.

## 2.1. Efectos positivos de la intervención en grupo pequeño

El grupo es necesario para el individuo pues desde el mismo instante del nacimiento ya estamos inmersos en grupos y es en ellos donde realizamos los aprendizajes. Las experiencias grupales de cada individuo ayudan a configurar y a determinar el proceso de maduración psicológica.

Además del desarrollo personal, el grupo como instrumento de trabajo favorece en los aspectos siguientes:[3]

### 1) Favorecedor de cambios de actitudes y conductas

Lewin[4] constató la diferencia de resultados en el cambio de hábitos alimentarios en las amas de casa norteamericanas al comparar dos tipos de intervenciones en grupo: la conferencia y la discusión de grupo. A pesar de que los contenidos informativos eran exactamente los mismos, el autor verificó que el verdadero cambio conductual se dio en las mujeres que habían asistido a los grupos de discusión.

3. Moscovichi (1991).
4. Lewin (1965).

Las sucesivas experiencias en este terreno han demostrado que la participación activa en el grupo es mucho más importante e influyente que la simple recepción de información, ya que existe muy poco nivel de intercambio de *feedback*.[5]

**2) Favorece la toma de decisiones no convencionales**

La riqueza potencial del grupo en cuanto a su heterogeneidad permite, como hemos visto, la confrontación de ideas y, por lo tanto, favorece unas aportaciones novedosas y mucho más originales que las que un individuo solo pudiera ofrecer.

No obstante, los resultados positivos de la intervención grupal estarán también relacionados con elementos tales como:

| Relativo a los integrantes | Relativo al conductor |
|---|---|
| • el número de participantes | • el objetivo de la intervención |
| • la motivación y grado de voluntariedad | • la elección de los participantes |
| • los objetivos individuales | • la utilización de la técnica adecuada |
| • el compromiso con el grupo | • el estilo de conducción |

## 3. Tipología de roles

El *rol* viene definido como el papel o conducta que adopta un sujeto en una situación grupal. Hay que tener en cuenta los aspectos siguientes:

- Los roles son inherentes al desarrollo del grupo.
- La posición en un rol no depende únicamente de uno mismo, sino que dependen de los otros y modifican el sistema grupal.
- Todos los roles llevan implícitos valores y actitudes.
- Los roles actúan de forma mecánica con poco control de la voluntad.
- Una misma persona puede realizar diferentes roles durante el proceso grupal.

5. Pérez y Sáez (2001).

- En un grupo no siempre estarán actuando todos los roles, excepto el de líder, que siempre estará presente pero que puede ser desarrollado por personas diferentes.

En el momento de organizar un grupo, es muy importante observar y conocer los roles que aparecen. Tal como señalan Sáez, Marqués y Colell,[6] dejar de lado este factor puede condicionar de forma negativa toda la intervención grupal si no se actúa en consecuencia. En el estudio de los grupos se distinguen tres tipologías de roles: *1)* los relacionados con el trabajo, *2)* los socioafectivos y *3)* los individuales o negativos.

## 3.1. Roles relacionados con el trabajo

Este tipo de roles son aquellos que priorizan la realización del trabajo para la consecución de los objetivos propuestos como grupo. Algunos de los roles posibles se pueden ver en la tabla 6.1.

Tabla 6.1. Roles relacionados con el trabajo.

| | |
|---|---|
| **Iniciador** | • Presenta nuevas ideas.<br>• Reconsidera las formas de organización grupal.<br>• Sugiere soluciones para salir de las dificultades.<br>• Aporta nuevos procedimientos para reorganizar el grupo. |
| **Investigador de información** | • Procura aclarar y filtrar las sugerencias aportadas en función del valor real de la información y de su pertinencia en el problema.<br>• Busca fuentes y proveedores de información. |
| **Investigador de opinión** | • Trata de aclarar cuáles son los valores pertinentes o los que están implícitos.<br>• Pide información a los demás. |
| **Informante** | • Informa de hechos o valoraciones autorizadas.<br>• Aporta sus experiencias y conocimientos. |
| **Opinante** | • Expone sus opiniones sobre las sugerencias aportadas.<br>• Aporta su idea sobre los valores del grupo. |

6. Sáez, Marqués y Colell (1995).

| | |
|---|---|
| **Elaborador** | • Da ejemplos.<br>• Elabora significados.<br>• Aclara el valor de las opiniones e informaciones expuestas. |
| **Coordinador** | • Agrupa las ideas y sugerencias en función de la actividad del grupo.<br>• Sintetiza.<br>• Distribuye las tareas. |
| **Orientador** | • Define y resitúa la posición del grupo respecto a sus objetivos.<br>• Resume.<br>• Alerta sobre las posibles desviaciones que dificultarían el éxito de los objetivos. |
| **Evaluador** | • Valora las aportaciones del grupo en función de las normas.<br>• Cuestiona o evalúa la eficacia de los procedimientos.<br>• Aporta elementos lógicos o hechos observables. |
| **Animador** | • Impulsa y anima al grupo para que actúe y tome decisiones. |
| **Registrador** | • Anota las sugerencias, decisiones o resultados de las discusiones del grupo.<br>• Hace de "memoria" de grupo. |

## 3.2. Roles socioafectivos

Están orientados a la satisfacción de las necesidades afectivas de los miembros del grupo. Actúan para favorecer la cohesión y evitar el fraccionamiento del grupo (tabla 6.2).

Tabla 6.2. Roles socioafectivos.

| | |
|---|---|
| **Estimulador** | • Valora las aportaciones de los otros.<br>• Mantiene una actitud amistosa y de solidaridad con el resto de los miembros. |
| **Conciliador** | • Hace aportaciones para disminuir tensiones.<br>• Intenta neutralizar los conflictos. |
| **Mediador** | • Actúa en los conflictos facilitando la aproximación de posiciones.<br>• Hace propuestas de consenso.<br>• Negocia y hace pactos. |
| **Facilitador** | • Pide las aportaciones de los miembros que hablan poco.<br>• Hace preguntas a los miembros del grupo y busca focos de relación. |
| **Observador comentarista** | • Lleva el registro de la actividad de grupo.<br>• Refuerza el trabajo grupal. |
| **Seguidor** | • Sigue pasivamente el desarrollo del trabajo de grupo.<br>• Es un oyente no conflictivo. |

## 3.3. Roles individuales o negativos

Son aquellos roles que dificultan y obstruyen el buen desarrollo del grupo. Su prioridad es conseguir los objetivos individuales en detrimento de los perseguidos por el grupo (tabla 6.3).

Tabla 6.3. Roles individuales o negativos.

| | |
|---|---|
| **Agresor** | • Menosprecia las aportaciones de los otros.<br>• Desaprueba los valores, acciones o sentimientos de los demás.<br>• Ataca al grupo.<br>• Hace bromas que pueden herir.<br>• Se atribuye ideas o aportaciones que han hecho otros. |
| **Obstruccionista** | • Actitud negativa, muestra resistencia y tozudería.<br>• Trata de discutir sobre temas ya resueltos. |
| **Buscador de alabanzas** | • Llama la atención.<br>• Sólo habla de sus conocimientos y de sus experiencias.<br>• Lucha para las posiciones de poder. |
| **El que se confiesa** | • Aprovecha el grupo para expresar emociones, ideas que no están relacionadas con los objetivos del grupo. |
| **Frívolo** | • Muestra indiferencia hacia la actividad grupal.<br>• Tiene un aire cínico.<br>• Tiene comportamientos extraños. |
| **Dominador** | • Quiere afirmar su autoridad para manipular el grupo aunque sea anulando a quien tiene poder.<br>• Da órdenes de forma autoritaria.<br>• Interrumpe las intervenciones de los demás. |
| **El que busca ayuda** | • Muestra inseguridad para despertar la compasión de los demás. |
| **El que busca sus intereses propios** | • No considera ninguna necesidad del grupo y sólo valora sus propios intereses. |

## 4. Liderazgo

El rol de líder hay que estudiarlo en cuanto función del grupo y no como una persona que cumple con unas aptitudes determinadas (Sbandi).[7] Existen dos tipos de líder:

- El *líder formal* viene dado por cuestiones organizativas y es aquella persona que, delante del grupo, representa a la institución. Tiene autoridad y puede tomar decisiones que afecten a los demás.
- El *líder grupal* es aquel a quien el grupo ha atribuido un papel más influyente pues, debido a sus características personales, transmite una mayor seguridad, continuidad y estabilidad en el grupo además de desarrollar unas funciones más afectivas y menos burocráticas.

El líder obtiene su estatus a través de la participación activa y la demostración de sus capacidades. Por lo tanto, no es líder quien quiere sino quien el grupo determina que lo sea, mostrando su conformidad y complacencia hacia sus aportaciones y sugerencias.

A continuación, exponemos la lista de 14 funciones del líder (tomada de Frec, Crutchfield y Ballachey, 1962 y citada en Sbandi, 1990):

- Ejecutor de las decisiones tomadas por el grupo.
- Planificador.
- Persona que fija la política del grupo para alcanzar una meta.
- Experto.
- Representante del grupo en el exterior.
- Árbitro en las relaciones entre los miembros del grupo.
- Juez que sanciona y recompensa.
- Juez y mediador en los conflictos.
- Modelo.
- Símbolo del grupo.
- Representante de la responsabilidad individual.
- Teórico del grupo que define la ideología grupal.

7. Sbandi (1990).

- Figura paterna.
- Cabeza de turco.

Como podemos observar en esta larga lista, el rol de líder se entiende como el principal responsable de una acción grupal. Si bien es posible que el líder formal mantenga muchas de las funciones expuestas, el líder grupal o carismático no desarrolla prácticamente ninguna de las mencionadas.

### 4.1. Tres estilos de liderazgo en la conducción de grupos

El tipo de liderazgo determina el conjunto de los comportamientos emocionales sociales y cognitivos de un grupo.[8] En conjunto, los principales estilos de conducción de grupo son los siguientes:

**1) Líder autoritario**

Es aquel que asume la dirección y responsabilidad de todo el grupo y de su funcionamiento. Las relaciones con los miembros son autoritarias aunque pretenden ser cordiales. Da prioridad a la realización de los objetivos fijados y a los resultados antes que al consenso, la participación equitativa y la satisfacción de los participantes. Delante de los conflictos, adopta posiciones rígidas y busca la rápida resolución sin valorar las futuras consecuencias.

En los grupos con un tipo de conducción autoritaria predominan los comportamientos apáticos o agresivos. Se vive un clima de grupo negativo y la cohesión es débil, lo que favorece la aparición de tensiones y fragmentación grupal. Aunque el rendimiento es bueno, se observa una tendencia a la uniformidad con el fin de reducir las diferencias individuales. Con esto se consigue que los participantes no se sientan importantes y no puedan ocupar un papel de representatividad o de reconocimiento grupal.

**2) Líder democrático**

Este tipo de líder se hace valer y respetar por su competencia y habilidad profesional. Tiene muy buena capacidad para escuchar y lógicamente tam-

8. Moscovichi (1991).

bién es escuchado. Promueve los principios de igualdad entre todos los participantes, busca objetivos adecuados a los intereses grupales y facilita el consenso. La forma de resolver los conflictos es siempre creativa y nada sancionadora.

En los grupos con liderazgo democrático, el rendimiento es más elevado aunque el ritmo es mucho más lento. Permite la expresión y potenciación de las diferentes capacidades individuales. La satisfacción grupal es también mucho más elevada, ya que la comunicación entre los participantes, incluido el conductor, es de igual a igual.

**3) Líder *laisser-faire***

Es una forma de liderazgo débil. Cree que "entre todos se ha de hacer todo" y consecuentemente, no ofrece ningún tipo de directriz ni propone alternativas. Pretende ser un participante más por lo que es solidario y deja que el grupo funcione solo. Deja que los miembros se enfrenten a su realidad pero no les ayuda a resolver los conflictos ni toma ninguna decisión.

Los grupos con liderazgo de tipo *laisser faire* obtienen en comparación con los otros, peores rendimientos ya que la falta de una persona que ejerza el rol firme de conductor, director o coordinador, favorecerá actitudes de inseguridad y sentimientos de inutilidad. El clima grupal es negativo aunque puede suceder que el vacío de poder ejerza algún tipo de influencia y algún miembro o subgrupo acabe por la ocupación del mando.

En definitiva, las investigaciones de diferentes autores muestran que no hay un estilo de conducción mejor que otro apriorísticamente, sino que cada tipo produce un clima social y un rendimiento determinado. Como vemos, es importante tener muy claros los objetivos y la finalidad del grupo, pues a pesar de que pueda parecer que un líder democrático es mejor que uno autoritario, podemos encontrarnos en situaciones en que el tipo de intervención requiera una dirección firme y decidida en lugar de esperar un acuerdo por consenso.

En la tabla 6.4 podemos observar las diferencias resultantes en el grupo en función del estilo de liderazgo del conductor.

Tabla 6.4. Comportamiento del monitor en las perspectivas de Lippitt y White.

| Comportamiento del monitor | Categorías de los grupos | | |
|---|---|---|---|
| | Autocrático | Democrático | *Laisser-faire* |
| Toma de decisiones | Sólo por el jefe | En común con el jefe (discusión) | Indeterminación; débil participación del jefe |
| Determinación de las actividades y las técnicas | Dadas por el jefe | Objetivos generales trazados por el jefe indicando las alternativas | Ninguna ayuda del jefe |
| Reparto de la tarea | Por el jefe | División espontánea del trabajo | Ninguna intervención del jefe |
| Composición de los grupos de trabajo | Por el jefe | Libre elección de cada uno | Ninguna intervención |
| Apreciaciones | De tipo "personal" (estímulo crítico) | De tipo objetivo | Ninguna; sin comentario |
| Participación en las actividades | Ninguna participación | Toma parte en ello | No toma parte |

Fuente: Anzieu y Martín (1997).

Así pues, en el momento de realizar una intervención en grupo conviene tener claro las siguientes consideraciones:

- El grupo siempre necesita a alguien que ejerza el rol de líder.
- Aunque exista un líder formal, existirá otro de grupal.
- Es mejor combinar los estilos de liderazgo en función de los objetivos y de la etapa grupal.

## 5. Técnicas para trabajar la creatividad en grupo

El objetivo principal de las técnicas creativas es el de eliminar la barreras afectivas, sociales o cognitivas que frenan y obstaculizan la imaginación y la creatividad.

Los factores que impiden la creatividad grupal son:

- un grupo excesivamente numeroso.
- el empleo de técnicas informativas.
- la comunicación unidireccional o con poco *feedback*.

- los prejuicios y los estereotipos.
- el predominio de las necesidades individuales por encima de las grupales.
- el comportamiento excesivamente racional o ajustado a las reglas sociales.
- la obediencia y la sumisión a la autoridad.

Para eliminar estas barreras, es muy adecuado trabajar para liberar la espontaneidad como base fundamental del pensamiento creador.[9] De ahí la importancia de crear en los grupos una atmósfera lúdica y de confianza como estrategia para la aparición de un clima afectivo positivo que permita la libre participación de todos los miembros.

Algunas de las técnicas que están orientadas a estos objetivos son las siguientes:

- *Brainstorming* o lluvia de ideas. El objetivo del grupo es la producción de ideas basadas en cuatro criterios:

– eliminar el juicio crítico,
– estimular la libre imaginación,
– priorizar la cantidad y no la calidad, y
– aceptar la copia o adaptación de otras intervenciones.

- *El juego de rol*. El principal objetivo es potenciar la capacidad empática poniéndose en el papel de otra persona. De esta forma, se rompe con el pensamiento rígido utilizado para el análisis situacional para abrirse camino hacia nuevas posibilidades de razonamiento.

9. Moscovichi (1991).

Capítulo VII

# Educación para la salud individual frente a la grupal

Carmen Gamella

El abordaje de los métodos educativos directos en educación para la salud suscita, irremediablemente, una reflexión en torno a la oportunidad de establecer la intervención educativa desde una consideración individual o bien desde la consideración grupal. En esta cuestión, como en tantas otras, las posturas absolutistas y excluyentes no suelen coincidir con las decisiones pedagógicamente acertadas en la consecución de los objetivos educativos del proceso de enseñanza-aprendizaje, que deben girar en torno a la educación para la salud.

Uno de los primeros conceptos que hay que considerar desde el punto de vista estrictamente pedagógico es el de *educación*, entendida como un proceso dinámico y cambiante en el que la flexibilidad y adaptación metodológica ha de constituir una exigencia constante. Ciertamente no existe una panacea factible y oportuna que se pueda aplicar sistemáticamente a las diversas situaciones educativas con las que los profesionales deben enfrentarse en el desarrollo de la Educación para la Salud. La heterogeneidad de oportunidades educativas resulta casi infinita cuando, como en este caso, se trata de un proceso educativo que afecta a la salud o a la enfermedad, es decir, cuando se refiere a la educación para la salud, a la educación sanitaria, o más recientemente a la educación terapéutica, tal como se ha señalado en el capítulo I.

La multiplicidad de factores que condicionan, afectan e influyen en el proceso de salud-enfermedad marcan efectivamente la necesaria heterogeneidad metodológica que ha de presidir la educación para la salud. Conviene, en esta línea y a nuestro juicio, hacer una segunda reflexión acerca del proceso educativo en general, y específicamente en su particular aplicación a la educación para la salud: "todo proceso conduce a algún resultado".

Esta realidad indica que la educación, además de ser un proceso universal y continuo que puede realizarse por distintos métodos, es un acto siempre individual (con independencia de la elección metodológica), que tiene lugar en el individuo; es la persona, única e irrepetible, la que asimila, capta, interioriza y modifica sus comportamientos de forma individual y partiendo de sus propias potencialidades, de sus características y de sus necesidades. Así pues, el resultado del proceso educativo de la educación para la salud es individual y único para cada persona en las distintas esferas del aprendizaje significativo (afectiva, cognitiva y psicomotora).

En definitiva, la elección de un método individualizado o grupal estará siempre determinada por los resultados educativos perseguidos con las distintas personas y situaciones susceptibles en cada momento de beneficiarse de la educación para la salud. En cada caso, la opción metodológica debe facilitar y propiciar el propio proceso de enseñanza-aprendizaje y el logro progresivo de los objetivos educativos pertinentes en las distintas situaciones y contextos.

Igualmente necesario es analizar cómo la pedagogía tradicional y sus paradigmas se han visto desplazados por una concepción más democrática y horizontal del proceso educativo, concepción absolutamente necesaria en el proceso de la educación para la salud en el que, si bien al profesional se le deben reconocer su formación y sus conocimientos científicos, no es menos cierto que al individuo objeto de la educación sanitaria se le debe reconocer el conocimiento de sí mismo, de sus posibilidades, de sus valores y de sus creencias en relación con la salud y la enfermedad. Es decir, no se puede desposeer al sujeto de su condición de persona con capacidad de elegir entre distintas opciones, de gobernar su propia situación de salud-enfermedad y su propia vida, y de participar eficazmente en la toma de decisiones en este sentido.

Así, las ideas ancestrales que desde el modelo biosanitario situaban al individuo en una actitud de sumisión y obediencia en el acatamiento de las *órdenes médicas* quedan obsoletas y fuera de lugar en el planteamiento de distintas posibilidades metodológicas. La elección de un método determinado persigue siempre una meta clara: favorecer la toma de decisiones libre y responsable por parte de la población en su conjunto, pero entendiendo que una decisión libre es, ante todo, una decisión completa que cuenta con información suficiente.

Tras estas someras pero obligadas reflexiones, tradicionalmente han venido estableciéndose dos métodos educativos basados en un patrón clásico: la rela-

ción numérica que se establece entre los actores principales del proceso de enseñanza-aprendizaje, entre el educador y el educando, en nuestro caso entre el profesional y la población diana que en cada caso consideremos oportuna.

Cuando esta relación es de uno a uno hablamos genéricamente de educación individual, y cuando un profesional establece la intervención educativa con varios individuos simultáneamente, nos hallamos ante un proceso de educación grupal. Es importante señalar que en el primer caso la unidad se debe referir siempre al sujeto, sano o enfermo, y a su núcleo familiar.

No obstante, ambos conceptos, educación individual y educación grupal, son parciales e incompletos en sí mismos; el primero, porque *aísla* al individuo de algo que es inherente al ser humano: la relación psicosocial con sus iguales, con su entorno, que tanto condiciona el comportamiento humano; el segundo, la educación grupal, porque entraña el riesgo, como la experiencia ha demostrado en tantas ocasiones, de perder la individualidad de cada ser humano: sus expectativas, sus experiencias, sus creencias y costumbres y su particular ritmo de asimilación y aprendizaje.

Para soslayar esta última carencia se ha apelado también clásicamente al recurso de la homogeneidad en los grupos de educación para la salud, pero de nuevo la práctica cotidiana ha puesto de manifiesto que una excesiva confianza en criterios de igualdad como la edad, el sexo en ocasiones, el nivel social y cultural o la vivencia de una determinada situación o problema (obesidad, *diabetes mellitus*, hipertensión arterial, asma, enfermedad de Alzheimer, etc.) nos ha llevado a un agregado de vivencias individuales y distintas, separadas las unas de las otras dentro de un conjunto aparente, producto de las diferentes reacciones provocadas por estímulos idénticos.

Sería conveniente analizar lo que de positivo aportan ambos métodos: de ese modo se aportaría algo de luz que ayudaría al profesional a tomar su decisión al respecto. En este sentido constructivo, y a primera vista, la educación individual ofrece la posibilidad de adecuar el proceso educativo en su conjunto (objetivos, contenidos métodos y medios, nivel de exigencia, evaluación) a las posibilidades concretas y personales de cada individuo y de su entorno sociofamiliar específico. Por otro lado, la educación grupal brinda oportunidades excepcionales, al permitir el intercambio de conocimientos, de experiencias, de vivencias y de soluciones entre personas que comparten intereses, situaciones y problemas comunes.

Los aspectos favorables de ambos métodos, individual y grupal, no han pasado desapercibidos a los profesionales de la educación, los pedagogos, quienes desde hace ya tiempo abogan por el concepto de *educación personalizada*, fórmula con la que se pretende eliminar los defectos y aprovechar las aportaciones de los métodos individual y grupal. El planteamiento teórico de la educación personalizada parte del hecho de que una intervención grupal resulta positiva siempre que el interés no se centre en principio en el resultado esperado, sino en el propio proceso del aprendizaje en cada sujeto, de forma que se puedan detectar las necesidades personales de cada individuo y sólo de él, estableciendo así las ayudas y apoyos necesarios en cada caso para que el proceso educativo resulte eficaz.

Efectivamente, la verdadera eficacia de la educación grupal debe entenderse en esta línea, asumiendo que un grupo no se reduce a la simple suma de las personas que lo componen. La noción de *grupo* ha sido establecida por distintos autores considerando diferentes puntos de vista posibles, como las percepciones y conocimientos de los individuos que forman parte de él, o bien la motivación y la satisfacción de necesidades, o incluso desde los objetivos del grupo o, por último, desde la interdependencia y la interacción entre sus miembros.

No cabe duda de que el conjunto de definiciones que emanan de las características mencionadas constituye una descripción amplia del concepto de grupo. Sin embargo, y a los efectos de la educación para la salud, podríamos definir el grupo como el conjunto de personas que interactúan mutuamente, estableciendo una interacción recíproca (cada persona influye en las demás y es influida por todas ellas) y que comparten intereses o motivaciones similares.

La aplicación de estas consideraciones al proceso educativo de la educación para la salud nos lleva a concluir que la combinación de ambos métodos, educación individual y educación grupal, o mejor, educación personalizada, facilitará la consecución del propio proceso que, en última instancia, persigue la adopción de estilos de vida saludables en base a generar o modificar en su caso los hábitos en relación con la salud y la enfermedad, estableciendo actitudes y aptitudes en el sentido de salud positiva.

El método educativo debe orientarse hacia el hecho de facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje, tanto en la esfera cognitiva como en la afectiva y en la psicomotora, constituyendo los métodos directos, métodos de elección básicos

que pueden complementarse y apoyarse en los denominados métodos indirectos, que se desarrollan en el capítulo tercero de este texto.

En esta línea, nos parece especialmente importante destacar el diálogo o entrevista sanitaria como paradigma de la educación individual, así como la charla-coloquio y la dinámica de grupos en el caso de la educación grupal. La experiencia nos dice que no disponemos de una fórmula educativa oportuna para todas las situaciones educativas, y que la metodología más adecuada es aquella que combina oportunamente las distintas técnicas educativas (atendiendo a la individualidad de las personas, a sus intereses y a los objetivos educativos en cada caso), obteniendo los beneficios de los métodos directos, tanto individuales como grupales.

## 1. La educación individual

El exponente clásico de la educación para la salud individual lo constituye el diálogo en forma de entrevista sanitaria, entendida como la relación directa y personal entre el profesional educador, el individuo y su entorno familiar, tantas veces olvidado en la intervención educativa.

Desde el punto de vista educativo, el diálogo es un método especialmente adecuado en un triple sentido:

- En primer lugar, permite al profesional educador obtener información directa acerca de las necesidades e incluso de los conocimientos del individuo y su entorno.
- En segundo lugar, se trata del método que mejor favorece la exploración de los componentes afectivo y actitudinal del sujeto (creencias, valores, experiencias, etc.) en relación con la salud y con la enfermedad
- En último lugar, y en sentido inverso, el diálogo facilita el ofrecimiento de información y de soluciones específicamente oportunas y adecuadas a las expectativas, necesidades y demandas concretas de cada persona y su familia.

En otras palabras, se individualiza el proceso educativo en cada contingencia situacional específica, en función de los factores sociales, culturales, económicos y familiares propios, particulares e irrepetibles de cada ser humano, individualizando, por tanto, el logro de objetivos y el propio ritmo de aprendizaje y de modificación de estilos de vida en general, en base, no ya al cumplimiento de las órdenes sanitarias, sino al contrato terapéutico que resulta en cada situación.

En el ámbito de la educación para la salud, el diálogo tradicionalmente ha sido muy utilizado como método educativo, porque aunque requiere una elevada inversión de tiempo, los profesionales sanitarios han sabido incorporarlo de forma sistemática e integrada a fórmulas asistenciales como la atención en consulta o la atención domiciliaria.

Sin embargo, obtener todo el potencial que este método de educación individual puede llegar a brindar depende de la valoración de ciertos principios o requisitos en el desarrollo de la entrevista sanitaria, entendida como el diálogo entre dos o más personas: el profesional educador, el individuo objeto de la intervención educativa y su familia.

En este sentido, generar un clima adecuado de confianza y entendimiento resulta fundamental para favorecer la expresión libre de ideas, pensamientos y conocimientos que, por otro lado, conforman la base o el punto de partida para establecer el acuerdo o contrato terapéutico mencionado anteriormente.

Mantener una actitud de escucha activa, realizando las interrupciones precisas para que el interlocutor replantee y clarifique sus puntos de vista, mostrar empatía, utilizar un lenguaje comprensible y adecuado y favorecer, en definitiva, que el individuo manifieste sus creencias, sus dudas y sus miedos, son aspectos que redundan en una mayor confianza y credibilidad hacia el profesional educador, al tiempo que propician el compromiso responsable frente al paternalismo e imposición, cuya ineficacia es patente en la consecución de comportamientos saludables.

La retroalimentación en el proceso de comunicación interhumana que constituye el diálogo es lo que diferencia este método de la simple transmisión de pautas de comportamiento desde aquel a quien se le reconoce conocimiento y formación hacia aquel otro a quien en tantas ocasiones se contempla equivocadamente como sujeto pasivo de su propia salud.

En este punto, es conveniente recordar que el profesional sanitario es experto en el conocimiento científico de la salud y de la enfermedad, pero que las personas y sus familias son verdaderos expertos en lo que a su salud y a su enfermedad se refiere, conocen como viven y se enfrentan a su propia salud y a su propia enfermedad, que, aun siendo única científicamente hablando, es vivida y percibida de tantas formas como seres humanos puedan padecerla.

Este método, quizá por tratarse de un clásico en la educación para la salud, en ocasiones se ha visto infravalorado, pues no se han considerado con suficiente profundidad las exigencias que comporta para el profesional educador, las cuales pueden resumirse como se indica a continuación:

- Saber escuchar.
- Saber conversar.
- Saber aconsejar.

*Escuchar* es algo más que oír lo que dice un interlocutor: implica entender su punto de vista (aunque no necesariamente compartirlo), ponerse en su situación, aclarar posturas y ayudarle a que valore distintas posibilidades, a que racionalice e incluso relativice su posición, buscando alternativas reales y factibles.

*Conversar*, como ya se ha mencionado anteriormente, consiste en ceder el protagonismo en la comunicación para compartirlo con el individuo y con su familia, intercambiándose los papeles de emisor y receptor, concediendo la misma importancia a los mensajes de ambos interlocutores.

Por último, dentro del proceso educativo de la educación para la salud, *aconsejar* es una de las tareas más complejas. El consejo no ha de ser impuesto, ya que en ese caso, pierde la calidad de tal. Más bien ha de ser el resultado del acuerdo final entre lo que es sanitariamente saludable y beneficioso para el sujeto, y lo que es socialmente aceptable para ese mismo sujeto. Dicho de otro modo, la calidad de vida que persigue la intervención educativa es un concepto muy subjetivo, en torno al cual las personas deben decidir responsable y libremente, sin olvidar que la información hace al ser humano realmente libre.

Los argumentos esgrimidos hasta el momento hacen de la entrevista sanitaria, establecida en base al diálogo, un contexto especialmente favorable para el proceso educativo, tanto del individuo sano como del enfermo, es decir, tanto

desde la perspectiva de la educación para la salud como de la educación terapéutica o, en definitiva, de la educación sanitaria en cualquiera de los distintos niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria.

En el caso de las personas sanas, la situación es favorable en tanto que, si bien el valor salud no suele ser especialmente considerado cuando está presente, sí suele suceder que confluyen determinados comportamientos de riesgo y determinados intereses o preocupaciones, en función de la edad (maternidad, planificación familiar, hábitos nocivos, tendencia al sobrepeso, cuidados bucodentales, etc.), que favorecen el abordaje educativo respondiendo, en un principio, a la demanda concreta del sujeto, lo que paulatinamente genera una relación profesional-usuario en la que la intervención educativa es algo inherente y cotidiano. Por otro lado, la ausencia de enfermedad propicia que, psicológicamente, el sujeto no esté condicionado por la amenaza de un proceso mórbido, lo cual va a favorecer una mayor focalización en el proceso de aprendizaje, descargado aquí del impacto de la enfermedad.

Cuando la entrevista sanitaria se realiza con una persona enferma, la situación resulta especialmente motivadora en tanto que el individuo y su familia tienen expectativas de curación, o cuanto menos, de mejora si se trata de un proceso crónico. Además, el acto asistencial generalmente se establece en base a la demanda realizada por el sujeto enfermo o por su familia, lo que propicia una mayor disposición a la intervención profesional, incluyendo la intervención educativa. El impacto de la enfermedad, por otro lado, y la carga asociada de angustia y ansiedad favorecen, al menos en teoría y siempre generalizando, una actitud receptiva hacia la información y recomendaciones del profesional educador, amén de una mayor predisposición hacia el cambio de actitudes, de aptitudes y de hábitos, así como de comportamientos y estilos de vida en general.

Es decir, la ausencia de salud convierte a ésta, la salud, en algo importante, y recuperar la pérdida supone la principal necesidad, no sólo del individuo enfermo, sino también de su entorno familiar, que se erige en una fuente de apoyo de incalculable valor para el enfermo, a la vez que en un gran aliado del equipo de salud en su conjunto.

El diálogo como método de educación individual en el caso de las personas enfermas constituye el método de elección en determinadas circunstancias, como el momento del diagnóstico de la enfermedad, (que genera situaciones tan numerosas y dispares como enfermos se diagnostican), a lo largo de los dis-

tintos controles a través de los que se evalúa la evolución de la enfermedad, (que también es variable en cada sujeto), y en aquellos momentos en los que se produce una exacerbación o reagudización del proceso de base, así como siempre que aparece la necesidad de una hospitalización.

En ambos casos, en la educación para la salud a personas sanas y a personas enfermas, la entrevista sanitaria ofrece al individuo, además de las ventajas señaladas, condiciones de confidencialidad y discreción que no contemplan las distintas técnicas grupales. La privacidad constituye para todos un elemento primordial que ayuda a conformar la percepción de la calidad asistencial recibida, y en este concepto se debe incluir la calidad percibida en torno a la intervención educativa. En esta línea, resulta importante considerar que la intimidad y la privacidad no se circunscriben sólo a elementos relacionados con cuestiones socialmente íntimas, como la sexualidad, sino que situaciones tan *corrientes* para el profesional como la exploración de los pies de un diabético, por ejemplo, suponen para muchas personas una invasión de su intimidad. De nuevo, han de ser el sentido común y las creencias y valores de cada persona, inmersa en su entorno familiar, las que nos marquen la elección de uno u otro método en cada caso.

## 2. La educación grupal

La educación grupal, entendida desde la perspectiva de la educación personalizada, paulatinamente está consolidándose en la práctica de la educación para la salud, a pesar de las carencias formativas en los currículos de pre-grado de los profesionales de la salud, lo cual, en no pocas ocasiones, ha sido el origen de la frustración de los profesionales que con más voluntad que formación han visto cómo su esfuerzo no ha sido recompensado con resultados integrales, al conseguir, en muchos casos, un aprendizaje eminentemente cognitivo, sin traducción a nivel psicomotor y actitudinal.

La educación grupal, analizada como la relación directa y personal entre el profesional educador y un conjunto de personas que comparten intereses y establecen una interacción dinámica, tiene sus principales exponentes en el ámbito

de la educación para la salud, en la *charla-coloquio* y en la *dinámica de grupos*, aunque la *clase* convenientemente diseñada y organizada resulta también eficaz.

Dado que las distintas formas de desarrollar la educación para la salud grupal son analizadas en los distintos apartados de este mismo capítulo, nos referiremos ahora a aquellos aspectos de aplicación general a la educación grupal en su conjunto. Las principales aportaciones del grupo a la educación para la salud se pueden concretar en la economía de tiempo (el profesional educador trabaja simultáneamente con varias personas), en el enriquecedor intercambio de experiencias, creencias, sentimientos, opiniones y alternativas que se produce entre personas que comparten una misma inquietud, situación o problema y, por último, en el refuerzo resultante, para el proceso de enseñanza-aprendizaje, de ese intercambio en base a la influencia que cada integrante del grupo ejerce sobre los demás, y a la influencia que los demás ejercen sobre cada integrante.

Por otro lado, un grupo correctamente orientado y dinamizado puede convertirse en un elemento motivador adecuado en la adopción de comportamientos y estilos de vida más saludables. El ser humano es, por definición, un ser socializado y a la vez un agente socializador de primer orden. Esto quiere decir que vive en sociedad y aprende a regirse por las normas socialmente aceptadas y, a su vez, influye en los otros para que asuman esas mismas normas y se rijan por ellas. Así, la educación grupal resulta importante en la consecución del cambio mantenido y duradero de los comportamientos y estilos de vida en un sentido de salud positiva.

La credibilidad que el grupo tiene en los individuos que lo conforman es otro ingrediente que debemos añadir a los ya mencionados, junto con el efecto persuasivo que conlleva. El aprendizaje en el grupo de iguales es más espontáneo y natural. Además, es recíproco y está basado en situaciones reales, prácticas y cotidianas vividas por personas con una situación similar, un interés similar y una formación y unas inquietudes también similares.

Un buen profesional educador posee un cuerpo de conocimientos teóricos y técnicos en relación con la salud y con la enfermedad, pero un fumador sabe qué *trucos* le resultan más útiles en su intento de abandonar el hábito, al igual que una madre sabe cómo disfrazar mejor el sabor del pescado en la alimentación de su hijo o que un diabético sabe cómo disfrutar de determinados platos sin transgredir demasiado sus pautas alimentarias. Así, el grupo juega un papel importante facilitando la consecución de algunos objetivos inherentes a la pro-

pia educación para la salud, dirigidos al desarrollo de sentimientos de seguridad imprescindibles para alcanzar un mayor grado de independencia y autorresponsabilidad frente a la salud y también frente a la enfermedad.

Ya se ha hecho referencia al hecho de que la consecución de un adecuado estado de salud requiere del concurso responsable de la población y esto, día a día, confiere al sujeto la consideración de experto en su particular vivencia de la salud o de la enfermedad en su caso, mientras que a la unidad familiar le otorga la consideración de experta en la convivencia con ese sujeto más o menos sano y más o menos enfermo.

Las soluciones alternativas o consejos del profesional educador no son universales, sino más bien orientativos, y son los propios individuos adecuadamente entrenados, los que con sus recursos y potencialidades deben conducir su salud, su enfermedad y, en definitiva, su propia vida.

Al igual que ocurriera con la educación individual, la educación grupal tiene unos requerimientos básicos que condicionan su eficacia y que implican tanto al propio grupo como a la organización de las sesiones y al profesional educador. La idoneidad del grupo ha de ser considerada tanto cuantitativa como cualitativamente. En cuanto al tamaño del grupo, obviamente deberá ser reducido. La literatura especializada establece cifras de entre 10 a 15 participantes para asegurar la operatividad. No obstante, estas cifras han de considerarse meramente orientativas. Los factores que, en última instancia, condicionan el tamaño idóneo del grupo son las características de las personas que lo integran y las de su educador, junto con la naturaleza de sus objetivos y contenidos educativos.

Otro aspecto que hay que considerar es que el grupo debe estar constituido por la población diana propiamente dicha, las personas objeto de la intervención educativa y su entorno sociofamiliar: no olvidemos que la familia es una importante fuente de apoyo para el sujeto y también para los profesionales educadores.

En general, grupos excesivamente reducidos o demasiado amplios resultan poco operativos; en el primer caso, porque se pierde la riqueza propia del intercambio e interacción, y en el segundo, porque lo que se pierde es la noción de grupo, con lo que resulta una simple suma de sujetos sin identidad propia. Uno de los factores que condiciona en mayor medida la personalización dentro de la educación grupal es precisamente el tamaño del grupo, que ha de ser lo suficien-

temente accesible al educador, en cuanto al seguimiento continuo y personal que debe establecer con cada una de las personas objeto de la actividad educativa.

En este sentido, el trabajo en equipo por parte de los profesionales educadores debiera constituir una premisa básica en la educación grupal. Para el profesional educador responsable de una sesión educativa grupal, resulta altamente positivo contar con el apoyo de algún otro miembro del equipo que durante el desarrollo de la sesión actúe como observador del grupo en su conjunto, y de sus integrantes en particular, con el fin de poder establecer una evaluación continuada del proceso de enseñanza-aprendizaje en cada uno de los individuos. No cabe duda de que este hecho favorece la educación personalizada a la que hacíamos referencia al comienzo de este capítulo.

Por otro lado, la consulta que desde hace más de 10 años venimos realizando con diversos profesionales del ámbito sanitario (enfermeros, médicos, fisioterapeutas, trabajadores sociales, etc.) pone de manifiesto la irregular y escasa implantación de los métodos de educación grupal. Las principales razones argumentadas por estos profesionales son la inseguridad, la falta de motivación y la falta de formación. No cabe duda de que el apoyo y la colaboración del trabajo en equipo suponen elementos motivadores para los profesionales educadores, a la vez que mejoran la seguridad en el trabajo por el mero hecho de ser compartido.

La homogeneidad es otro elemento importante en la constitución de un grupo de educación para la salud, si bien se trata de un concepto muy relativo, no susceptible de acotarse en un plano teórico. Es posible establecer criterios de homogeneidad generales e incluso universalmente aceptados, como la edad y el nivel social, cultural o económico. Sin embargo, se trata siempre de cuestiones amplias, de cierta ambigüedad en algunos casos, que en absoluto deben hacernos creer que el proceso de enseñanza-aprendizaje se va a producir, ni mucho menos, homogéneamente. Los criterios aludidos van a facilitar la existencia de un grupo con cierta coherencia, que se desarrolle y funcione como tal, pero afortunadamente las características, tanto individuales como familiares, van a variar, confiriendo al grupo su principal fuente de riqueza: la heterogeneidad. En efecto, las creencias, convicciones, conocimientos, experiencias y vivencias en relación con la salud o con la enfermedad no son idénticas en los seres humanos, lo cual genera diferencias ricas y positivas entre los integrantes de un grupo educativo, a la vez que

exige un mayor esfuerzo de los profesionales educadores en cuanto al seguimiento de la evolución personalizada del propio proceso.

La adecuada organización de las sesiones educativas es otro requerimiento básico para que la educación grupal despliegue toda su eficacia. La flexibilidad ha de ser una constante en toda la planificación de un programa de educación para la salud, pero resulta especialmente necesaria ante la educación grupal, en la que la participación en el propio proceso educativo es gradual y compartida por el profesional educador y la propia población diana.

En este sentido, el horario y duración de las distintas sesiones deben satisfacer tanto las necesidades y posibilidades del equipo de educación sanitaria como de los propios individuos objeto del proceso educativo (población diana y población de influencia). No es posible perseguir el aprendizaje significativo en situaciones psicoafectivas adversas provocadas por la falta de tiempo, por la prisa por continuar con la cotidianeidad de la vida (la reincorporación al trabajo, la atención al hogar, etc.) o por los intereses y motivaciones ajenas al proceso educativo (programación de la televisión, salidas de fin de semana, etc.). Un compromiso responsable basado en el acuerdo terapéutico resulta mucho más beneficioso que la imposición de un horario establecido por los profesionales educadores para satisfacer las necesidades de los profesionales educadores.

En ocasiones y afortunadamente cada vez más, la educación grupal se realiza fuera de la institución sanitaria, ya sea en el seno de la organización social (asociaciones de vecinos, asociaciones sociales o culturales, grupos de autoayuda o en distintas organizaciones no gubernamentales), o en el a nuestro juicio acertado medio escolar. Una vez más, en este caso es necesario acordar estos aspectos con los responsables de la organización o institución concreta, intentando adaptar nuestros intereses educativos a los mismos intereses que presiden estas organizaciones, y nuestras necesidades a las que marcan la razón de ser en estas distintas formas de organización social. Como ya se ha reflejado anteriormente, estos ámbitos resultan especialmente oportunos desde el punto de vista de la educación para la salud, al tratarse de grupos naturales en los que la influencia entre iguales es inherente a su propia dinámica.

Aunque los aspectos metodológicos y didácticos son abordados ampliamente en otros puntos de este mismo texto, entendemos necesario mencionar el hecho de que, siendo el fin último de la educación para la salud la adquisición o, en su caso, la modificación de los comportamientos, y no sólo de conocimien-

tos, se hace imprescindible establecer una metodología educativa que favorezca la implicación de todos y cada uno de los integrantes del grupo, basada en la participación activa e interactiva en el proceso de enseñanza-aprendizaje. En este sentido, nos parece suficientemente ilustrativa la siguiente máxima:

"Se aprende lo que se hace"

El profesional educador es la base del proceso de comunicación interhumana que constituye la educación para la salud, siendo el verdadero artífice y responsable de los resultados educativos finales. Su papel en la educación grupal debemos centrarlo fundamentalmente en la correcta definición de los objetivos oportunos en cada caso, así como en el desarrollo progresivo de actividades en el transcurso de la sesión grupal, junto con el establecimiento de un adecuado proceso de evaluación.

En el educador se centra, pues, la responsabilidad de estimular la participación activa de todos los integrantes del grupo animando las actitudes más inhibidas, de estimular la discusión puntualizando y aclarando aquellos puntos de vista que así lo requieran, de corregir los errores y organizar toda la información dotándole de coherencia, además de estructurar las actitudes, experiencias y alternativas surgidas a lo largo de la sesión. Es importante facilitar un resumen final que integre todas las conclusiones establecidas en el desarrollo de la sesión grupal.

Las pautas establecidas anteriormente en cuanto a la actitud empática de escucha activa, así como en lo que respecta a la retroalimentación entre las personas que componen el grupo y entre éstas y el profesional educador, continúan siendo de aplicación en el desarrollo de la educación grupal.

En el mismo sentido, los distintos métodos de educación grupal constituyen excelentes instrumentos para reforzar conocimientos y, especialmente, actitudes y comportamientos saludables, tanto en personas sanas como enfermas y, desde luego, en las distintas etapas del ciclo vital (niñez, adolescencia, juventud, adultez y vejez), siempre que se adecuen oportunamente las distintas técnicas de dinámica de grupos, que serán ampliamente desarrolladas en un punto posterior de este capítulo.

Una vez más, es necesario apelar al sentido común y a la creatividad de los profesionales educadores para establecer la dinámica más adecuada a cada contexto educativo, entendiendo que las técnicas no son buenas o malas en sí, sino que su eficacia es proporcional al esfuerzo de selección y de adaptación que se destine a cada realidad educativa.

Entre las distintas dinámicas de grupo podemos encuadrar la discusión de grupo, la tormenta de ideas, el Philips 6.6 y un amplio etcétera que incluye el juego como forma de aprendizaje que imprime un aspecto lúdico muy positivo para el proceso educativo, a la vez que incide de forma importante sobre los conocimientos, las actitudes y las destrezas.

Especialmente interesante es el hecho de que el juego educativo cumple una misión fundamental en la labor educativa, sirviendo como un excelente instrumento de evaluación, toda vez que es capaz de explorar actitudes y habilidades del individuo, además, por supuesto, de los conocimientos que se han ido adquiriendo.

Esta importante función evaluadora se ve enriquecida en el sentido de que el sujeto no tiene la carga psicológica de quien se sabe *examinado*, lo cual revierte positivamente en su rendimiento real en cuanto a la exhibición del aprendizaje realizado. Así, el desarrollo del juego educativo imprime naturalidad y favorece la objetividad, a la vez que elimina el sesgo del estrés psicológico, lo que asegura la verdadera evaluación del proceso educativo frente al *examen del que aprende*, error en el que tantas veces incurrimos desde la educación para la salud.

## 3. Una experiencia práctica

Estas breves líneas en torno al juego educativo constituyen el prólogo de la experiencia que, desde la cátedra de Educación Sanitaria de la Universidad Complutense de Madrid y en la línea de lo expuesto hasta el momento, hemos desarrollado con la participación de profesionales del trabajo social y que hemos plasmado en una gymkhana como metodología práctica en educación para la salud, concretamente en educación diabetológica (E.D.): *La loca diabetes*.

La gymkhana está compuesta por distintas pruebas relacionadas con distintos aspectos de la E.D. Cada una de las pruebas facilita el acceso a las siguientes, siendo requisito indispensable que todos los miembros de los dos equipos que concursan superen satisfactoriamente todo el recorrido. La gymkhana ha sido diseñada en el contexto de un programa de E.D. infanto-juvenil, y en ella se requiere la participación conjunta del entorno familiar próximo, así como de la figura de los monitores diabéticos, en caso de disponer de ellos.

A lo largo de *La loca diabetes* se intercalan pruebas de destreza e ingenio en las que los participantes deberán utilizar sus conocimientos y cooperar conjuntamente. De esta forma pretendemos provocar y reforzar el aprendizaje de forma divertida y amena, a la vez que facilitar el seguimiento personalizado de la evolución del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Las pruebas abordan paulatinamente distintos aspectos básicos de la *diabetes mellitus* como la alimentación, la actividad física, la insulina, la hipoglucemia, el autoanálisis, etc. Al inicio del juego se entrega a cada equipo una *cartilla de salud*, con lo que intentamos reforzar la necesidad de las revisiones periódicas con distintos profesionales del equipo de salud: profesional de enfermería, médico, podólogo, oftalmólogo, etc.

Los objetivos de esta alternativa en la metodología educativa se centran en contribuir a mejorar la independencia del entorno familiar en su conjunto, convirtiéndose en verdaderos protagonistas del mantenimiento y mejora de su propia calidad de vida.

Es necesario aclarar que la gymkhana no constituye en sí misma una solución educativa única y que, al igual que el resto de técnicas educativas, debe ir precedida de una intervención más directa, basada tanto en los métodos individuales como grupales. Llegado este punto, es importante recordar la máxima de Franklin: "Me hablas y olvido, me enseñas y recuerdo, me implicas y aprendo."

## 4. A modo de conclusión

En este punto y en concordancia con lo analizado hasta el momento, conviene recordar que la educación para la salud no responde, en absoluto, al concepto

de ciencia exacta, porque el comportamiento humano tampoco responde a parámetros matemáticos, y ni siquiera existe una relación única que pudiéramos plasmar bajo la fórmula estímulo-efecto. Por esa misma razón no puede existir una fórmula pedagógica que, aplicada al proceso educativo de la educación para la salud, produzca los resultados esperados *a priori*. Quizá esta realidad sea la que hace de la educación para la salud una labor tan atractiva por constructiva y enriquecedora, no sólo para la población en general, sino para los propios profesionales que se dedican a ella.

Comenzábamos el capítulo partiendo del hecho de que las posturas excluyentes no suelen ser pedagógicamente acertadas, y pretendemos finalizar con esa misma idea. A lo largo de estas páginas hemos intentado desgranar las limitaciones y aportaciones que entrañan la educación individual y la educación grupal.

Igualmente, hemos ido analizando posibles indicaciones de uno y otro método, intentando contemplar el proceso de enseñanza-aprendizaje en su conjunto, valorando la perspectiva tanto de la población como de los profesionales educadores.

Esperamos haber sido capaces de transmitir adecuadamente las ideas que, en torno a este tema, venimos defendiendo desde nuestro *Modelo integrador de educación sanitaria*, ampliamente analizado en el primer capítulo de este texto.

El hecho de que la educación individual posea limitaciones no debe llevarnos a obviarla en nuestra intervención educativa, toda vez que sus ventajas no son sustituidas ni asumidas por las técnicas de educación grupal, ni viceversa. Así, tampoco entendemos acertada la consideración de que la educación personalizada hace innecesaria la educación individual, sino que lo que ocurre es que todo lo que no suponga establecer una educación personalizada, sencillamente no responde a la educación grupal, al menos tal como hemos venido estableciéndola a lo largo de las páginas precedentes.

En definitiva, la educación individual y la educación grupal, lejos de ser alternativas autoexcluyentes, son absolutamente complementarias dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje. Una adecuada combinación de ambos constituye lo más aproximado a una alternativa sistemática en relación con los métodos directos de educación para la salud. Esta combinación debe responder al

conjunto del proceso educativo, siendo aspectos de especial atención los siguientes:

- Las características de la población diana y de influencia implicadas en el proceso de enseñanza-aprendizaje.
- Los objetivos educativos que presidan la educación para la salud en cada caso.
- El contexto en que se desarrolle la actividad educativa.
- Los contenidos o aspectos susceptibles de abordarse en las distintas sesiones educativas.
- No queremos finalizar sin recordar que en ambas situaciones, educación individual y educación grupal, nos enfrentamos a un proceso de comunicación interhumana y que por tanto, los aspectos analizados en cuanto a la educación sanitaria como proceso de comunicación bidireccional en el capítulo I, son de capital importancia en uno y otro método, ya que en torno a ellos gira la eficacia que se puede obtener de la aplicación conjunta de la educación individual y la educación grupal.

Capítulo VIII

# La carta circular

Rafael Guayta

Un instrumento poco usado en educación sanitaria es la carta circular, aunque el correo individualizado es el más selectivo de los métodos indirectos de información y educación sanitaria. En Estados Unidos los servicios de salud pública utilizan este método con frecuencia para informar a sus pacientes sobre cuestiones relacionadas con la salud. Algunas organizaciones disponen de sistemas informatizados, mediante los cuales se remiten periódicamente cartas circulares a sus clientes, como recordatorio de la proximidad de la fecha de nuevos exámenes de salud y para educar a dichos pacientes sobre los factores determinantes de las conductas nocivas de salud relacionadas con los factores de riesgo prevalentes.

Las cartas circulares poseen especial valor cuando se remiten a individuos, familias o grupos especialmente motivados por el tema sobre el que tratan de educar o informar. Así, un estudio realizado en un hospital de Leicester confirmó que el 90% de pacientes de un servicio de gastroenterología que habían recibido una carta individualizada remitida desde el centro, donde se les informaba sobre los pormenores de su trastorno, reclamaron más información y percibieron dicha carta como algo sumamente beneficioso. Los pacientes reclamaron que el servicio continuara, si bien no pudo demostrase una mejor respuesta en los que recibían una copia estándar, en comparación con los que recibieron una carta más personalizada.

Otro estudio de la Facultad de Medicina de Stanford demostró que los pacientes con artritis que habían seguido un proceso de información por carta donde se les recomendaban diferentes actuaciones para el manejo de su enfermedad reumática, presentaban menos dolor, un incremento de su autocapacidad, un aumento del nivel de ejercicio físico y de la actividad global, así como una menor frecuentación sanitaria respecto al grupo de control. Por otro lado, algunos estudios otorgan a la

circular menos valor que a otros medios indirectos, que son mejor valorados por los pacientes que los reciben que por los médicos que los usan.

Las cartas circulares sirven asimismo para recordar la conveniencia de aceptar actuaciones preventivas y modificar conductas respecto a la observancia de medicamentos. Diferentes estudios parecen demostrar que su uso aumenta el cumplimiento de dichas actividades. No obstante, cuando pretendamos redactar un escrito de estas características, debemos atender a una serie de consideraciones respecto al tipo de escritura que debe usarse.

## 1. La escritura debe ser expositiva o persuasiva

La tabla 8.1 recoge los diferentes tipos de escritura:

Tabla 8.1

| | | |
|---|---|---|
| **Personal** | • El objetivo básico es explorar intereses personales y la audiencia es el propio autor. Es base de todo tipo de escritura, su flujo es libre, facilita el pensamiento y aumenta la fluidez del escrito. | • Diarios personales, cuadernos de viaje y de trabajo, ensayos informales, escritura libre, lluvia de ideas, ideogramas, recuerdos y memorias, listas y agendas. |
| **Funcional** | • Comunicar, informar, estandarizar la comunicación. Sigue fórmulas convencionales. | • Correspondencia comercial, administrativa y de sociedad. Cartas, contratos, resúmenes, memorias de ejercicio, solicitudes, invitaciones, felicitaciones, facturas. |
| **Creativa** | • Satisfacer la necesidad de inventar y crear, la expresión de sensaciones y opiniones privadas, un cierto ejercicio de placer e inspiración. Proyección del autor, es experimental, existe una atención especial al lenguaje. | • Poemas, mitos, cuentos, comedias, anécdotas, chistes, novelas, ensayos, canciones. |
| **Expositiva** | • Explorar y presentar información. Se basa en hechos objetivos. Se usa en ámbitos laborales y académicos. Informa, describe y explica. Busca la claridad. | • Informes, exámenes, cartas, manuales, literatura científica, noticias, entrevistas, normativa, instrucciones, periodismo. |
| **Persuasiva** | • Influir y modificar opiniones. Pone su énfasis en emociones e intelecto. | • Editoriales, cartas, folletos, ensayos, publicidad, anuncios, eslóganes, peticiones, panfletos, artículos de opinión, literatura científica. |

Adaptada de P. Sebranek; V. Meyer; D. Kemper (1989). *A Guide to Writing, Thinking and Learning. Writers INC.* Burlington: Write Source. Educational Publishing House.

## 2. La escritura debe ser respetuosa

"El lenguaje no es una creación arbitraria de la mente humana, sino un producto social e histórico que influye en la percepción de la realidad. Como acostumbra a transmitirnos las experiencias acumuladas, el lenguaje condiciona nuestro pensamiento y determina nuestra concepción del mundo".[1] Con este párrafo la UNESCO inicia su documento *Recomendaciones para un uso no sexista del lenguaje*. La escritura corriente acarrea unos prejuicios sexistas que se han atribuido a las mujeres durante generaciones y que han quedado fijados a los usos lingüísticos. La versión respetuosa debe recoger fórmulas válidas para ambos sexos: inclusiones de la forma masculina y femenina con una barra (señor/a, frases de significado colectivo (dirección, centro) o fórmulas neutras (colaboraciones, aspirantes, etc.). A continuación ofrecemos unos ejemplos de uso sexista y no sexista en una misma carta:

- *Sexista*

Lamentamos tener que comunicarle que su solicitud ha sido desestimada por los directores, que no la han considerado apta para la vacante de adjunto, por la que fue entrevistada. Ha sido muy difícil escoger entre tantos candidatos que, como usted, estaban muy capacitados. De todos modos, teniendo en cuenta su currículum académico y laboral, los responsables de este centro querríamos seguir contando con usted para un posible puesto entre nuestros colaboradores en el futuro.

- *No sexista*

Lamentamos comunicarle sobre la decisión de la dirección, que ha considerado que usted no reúne los requisitos necesarios que se solicitaban para cubrir la plaza de adjunto/a, por la que se le entrevistó. Ha sido difícil escoger entre un número tan elevado de aspirantes que, como usted, muestran gran preparación. Este centro querría seguir contando con su disponibilidad para futuras oportunidades de colaboración.

---

1. Unesco. *Recomendaciones para un uso no sexista del lenguaje*. París: Servicio de Lenguas y Documentos (BPS/LD), Unesco.

## 3. Estructuración del texto

La organización de las ideas ha de quedar reflejada en el escrito de alguna manera si pretendemos que el lector siga la estructura que hemos dado al mensaje. Las divisiones y subdivisiones de nuestro esquema han de corresponderse a unidades y equivalentes en el escrito. Cada división debe tener una unidad de contenido, pero también debe ir marcada gráficamente. Sólo así lograremos comunicar de forma coherente nuestro mensaje. La carta circular posee una estructura estandarizada, con encabezamiento, introducción, cuerpo y final

## 4. Jerarquía de signos

Los signos no tienen la misma fuerza, ni función, ni importancia del texto en el conjunto del escrito. Pero son cruciales para organizar capítulos, apartados, párrafos, frases, etc. Existe una estrecha relación entre unidad lingüística, signos de puntuación y valor comunicativo. La tabla 8.2 muestra dicha relación.

Tabla 8.2. Relación entre unidad lingüística, signos de puntuación y valor comunicativo.

| Signo | Unidad en el texto | Significado |
|---|---|---|
| Punto final | Texto | Mensaje |
| Punto y aparte | Párrafo | Tema, capítulo |
| Punto y seguido | Oración | Apartado |
| Punto y coma | Frase, sintagma | Idea, pensamiento |
| Coma, admiración, paréntesis o interrogación | Inciso, aposición | Apunte, comentario<br>Añadido |

Fuente: modificada de D. Cassany (1995). *La cuina de l'escriptura* (4.ª edición). Barcelona: Editorial Empúries, SA.

## 5. Selección sintáctica, eficiencia

Determinadas construcciones son más claras que otras, y aún en mayor medida cuando son usadas sin cautela. La tabla 8.3 pretende dar unos consejos para mejorar la eficiencia del escrito.

Tabla 8.3. Consejos para la mejora de la eficiencia de un escrito.

| |
|---|
| **1.** Vigile las frases largas, de más de 30 palabras. |
| **2.** Compruebe que son de lectura fácil. |
| **3.** Sitúe los incisos en los lugares convenientes, que no separen informaciones que están relacionadas. |
| **4.** La información irrelevante es tóxica. Quédese sólo con lo esencial. |
| **5.** Debe perseguirse siempre el orden más legible: sujeto, verbo y predicado. |
| **6.** La información más relevante se coloca al principio. |
| **7.** No debe abusarse de la construcción pasiva, el estilo personal y las negaciones. |
| **8.** Los protagonistas de la frase deben actuar: hacer de sujeto y objeto gramaticales. |
| **9.** Revise los escritos. |

Fuente: modificada de D. Cassany (1995). *La cuina de l'escriptura* (4.ª edición). Barcelona: Editorial Empúries, S.A.

A modo de ejemplo, adjuntamos una carta circular recibida por uno de los autores respecto a una propuesta de formación de post-grado:

Barcelona, 8 de octubre de 1999

Apreciado alumno/a:

En el transcurso del primer año del curso hemos detectado una escasa utilización de los recursos informáticos a disposición de los alumnos (campus virtual, correo electrónico interno, foro de discusión y contenido del curso).

Con el fin de optimizar el uso de estas herramientas AGRADECEREMOS NOS COMUNIQUE DE FORMA EXPRESA, EN EL PLAZO DE 15 DIAS DESDE LA RECEPCIÓN DE LA PRESENTE, si usted desea mantener el acceso libre a la página web. Para ello le recomendamos se ponga en contacto a la mayor brevedad vía telefónica, fax o por correo electrónico u ordinario, con la coordinadora del curso.

MIREIA MARTINEZ
E-mail mmartinez@……
FAX 93…….
TEL 93…….
DIRECCIÓN ……
……..
…….
08035 Barcelona

En caso de no recibir respuesta por su parte, entenderemos que no tiene intención de usar las herramientas del campus virtual en curso.

Como consecuencia de ello, el acceso quedará restringido a los alumnos que expresamente comuniquen su interés por mantener esta opción.

Por otra parte, aprovechamos para rogar disculpen la no disponibilidad del cuaderno de evaluación dentro de la página web del curso.

Por último, queremos animar a todos los alumnos en su empeño por completar el curso.

Si usted es uno de los que todavía no ha abierto el temario, adelante.

MAS VALE TARDE QUE NUNCA.

Un cordial saludo.

Como los lectores pueden ver, el estilo no pudo ser más informativo, pulcro ni persuasivo. El autor en cuestión respondió afirmativamente.

Capítulo IX

# Folleto educativo y cartel sensibilizador

Teresa Robledo

## 1. Metodología

A la hora de elaborar material educativo, cualquiera que sea su naturaleza, debemos partir de una premisa fundamental: éste ha de formar parte de un programa educativo. Es decir, los materiales deben responder a objetivos de aprendizaje formulados previamente a su diseño y utilización. Por tanto, el marco de referencia teórico para su preparación y utilización se encuentra en el análisis de la naturaleza del proceso educativo en sí mismo.

La educación es un proceso continuo que se extiende a lo largo de la vida del individuo, y que se adquiere no sólo dentro de un sistema formal de enseñanza, sino también en el seno familiar y en el contacto con la comunidad.

En el conjunto de actividades de atención primaria se incluyen las de prevención de enfermedades y promoción de hábitos saludables. El instrumento metodológico que debe utilizarse a tal fin es la educación para la salud, definida como "[...] una combinación de experiencias de aprendizaje, diseñadas para facilitar las adaptaciones voluntarias de la conducta que conduzcan a la salud", (Green y otros, 1989).

Ahora bien, la educación para la salud no es una ciencia en sí misma, sino que se conforma y se nutre de las ciencias sociales y de la comunicación, la pedagogía y las propias ciencias de la salud. Como consecuencia de esto, la educación para la salud requiere de unos conocimientos y unos aprendizajes que

habitualmente no se contemplan, o se hace de manera insuficiente, en la formación pre y post-grado de los profesionales sanitarios.

Este hecho ha supuesto y sigue suponiendo que profesionales y gestores de salud se vean obligados a invertir un gran esfuerzo para incorporarla a su actividad diaria e integrarla en su propia concepción de prevención y promoción de la salud.[1]

Todos sabemos que la educación es más que la simple transmisión de información y de memorización. La educación requiere una participación activa en un proceso de *aprender haciendo*. Es decir, su objetivo consiste en crear una situación de aprendizaje que promueva un contexto en el cual se desarrollen ideas, se modifiquen creencias y actitudes y se creen nuevos hábitos y conductas.

Está demostrado que se realiza un auténtico proceso de educación cuando se produce una comunicación auténtica, es decir, cuando se instauran relaciones de paridad partiendo del deseo de hacer comprensibles los propios puntos de vista y experiencias, siempre y cuando el sujeto se mantenga abierto a escuchar y reelaborar interiormente los puntos de vista ajenos.

La tecnología aplicada a la información y a la didáctica es muy compleja y ofrece una gran variedad de instrumentos. En la comunicación interpersonal el intercambio de informaciones puede verse favorecido por el empleo de material didáctico. Cada medio tiene aspectos positivos y negativos que es necesario conocer. Disponer de un material de apoyo no significa necesariamente saber usarlo bien.

En la comunicación bidireccional los materiales didácticos nunca deben predominar: son sólo medios que se emplean si se consideran útiles para hacer más clara una información o una idea o para fijar la atención sobre algunos puntos fundamentales,

En el material escrito la lectura permite un análisis del texto decidido y guiado por el mismo lector destinatario de la comunicación, que él interpreta y reelabora. El texto permite una eventual lectura posterior, en el caso de dificultad para descodificar o para recordar.

Por tanto, el valor de los materiales educativos radica en su carácter de *instrumentos* que facilitan el propio proceso educativo.

---

1. Domínguez Bidagor y otros (1995).

## 2. Criterios generales para el diseño y utilización de material educativo

**a)** *Que forme parte de un programa educativo*

Y por tanto, que no constituya un programa en sí mismo. Es decir, que no se produzca aisladamente, sino que obedezca a una intencionalidad educativa, respondiendo, por tanto, a unos objetivos.

**b)** *Que se relacione con un sistema de prestación de servicios*

Esto quiere decir que no debemos crear una demanda que la propia disponibilidad de servicios no pueda satisfacer.

**c)** *Que sea relevante*

Es decir, que se refiera a situaciones de la vida diaria y se relacione con objetos, situaciones, necesidades y problemas de la comunidad. La información que proporcionemos debe ser importante, útil y relevante para alcanzar los objetivos que nos hemos planteado.

**d)** *Que los materiales sean mutuamente reforzables y complementarios*

Es evidente que cuando un contenido educativo o un mensaje se presenta a la población a través de diversos medios (prensa, radio, televisión, etc.), la posibilidad de un impacto educativo es mayor.

**e)** *Que la comunidad participe*

Cuando la comunidad se involucra en actividades de salud, adquiere experiencia en participación y se abre camino hacia otras formas de compromiso con su propio desarrollo. Se aporta respeto por los valores culturales y las tradiciones. En determinadas ocasiones y lugares, los miembros de una comunidad pueden participar en la selección del mensaje (aportando ideas, recopilando y analizando las ideas de otros, etc.), en la elaboración de material y en su prueba (pre-test).

Muchas veces se piensa que es imposible elaborar material educativo sin ayuda de expertos. Por lo general, dicha ayuda resulta costosa y algunas veces inadecuada para la población a quien se dirige. En ese caso, es indispensable

buscar y emplear los recursos de la región y aprovechar las habilidades e iniciativas de sus miembros para diseñar elementos sencillos.

Los expertos pueden sugerir ideas, pero son los miembros de la comunidad quienes las realizan y perfeccionan usando su talento, habilidad e iniciativa.

**f)** *Que los materiales se cambien con periodicidad*

Cuando los objetivos formulados se logran, el material debe ser reemplazado por otro que refuerce o amplíe el tema para mantener el interés e incrementar paulatinamente los conocimientos. Los materiales educativos deben cambiarse cada cierto tiempo. Son muchas las instituciones de salud que recargan sus paredes con *posters* que nunca se cambian. Esto puede mejorarse seleccionando mensajes importantes, archivando los antiguos para posteriores cambios y elaborando materiales nuevos que responda a objetivos educacionales planteados por la institución.

**g)** *Que el material sea sometido a una prueba (pre-test) antes de su elaboración final*

Es fundamental tener una idea anticipada de su efectividad antes de invertir esfuerzos y recursos en su producción. Tanto la comunidad como el individuo tienen unas características lingüísticas, psicológicas, sociales y culturales que influyen en la percepción del mensaje y de la imagen. Deben evaluarse, entre otros aspectos:

- *Atracción*: ¿resulta el mensaje lo suficientemente atractivo o interesante como para despertar y mantener la atención del individuo o grupo?
- *Comprensión*: ¿es el mensaje fácilmente entendido por quienes lo reciben? ¿Se presta a muchas interpretaciones o a interpretaciones erróneas?
- *Aceptación*: ¿contiene el mensaje algo ofensivo a las normas culturales de la localidad?
- *Identificación*: ¿considera el individuo o grupo audiencia que el mensaje les compete y está dirigido a ellos o se sienten ajenos a él?
- *Persuasión*: ¿es el mensaje lo suficientemente convincente para intentar el cambio de actitud deseado?

También deben evaluarse las imágenes e ilustraciones:

- ¿Qué indica para usted esta imagen?
- ¿Qué le gusta de esta imagen?

- ¿Qué le disgusta de la imagen?
- ¿La imagen le indica alguna acción?
- ¿Hay algo en la imagen que le moleste u ofenda?
- En comparación con otras imágenes que ha visto, ¿cómo considera este material?
- ¿Qué le parecen los dibujos?
- ¿Qué opina usted de los colores?
- ¿Existe en el material algo que se le parezca a usted, a su familia o a sus amigos?

## 3. Folletos

Bernier[2] definió el material educativo impreso como "aquel material escrito o impreso, tales como folletos, guías, hojas informativas, etc., cuyo propósito es proporcionar información acerca de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, las modalidades de tratamiento y los autocuidados". El folleto es, por tanto, un material educativo impreso que se utiliza ampliamente para desarrollar de forma sintética consejos y recomendaciones en materia de salud. Su uso está muy extendido, pudiendo confeccionarse con distintos formatos que abarcan desde los plegables (2 ó 3 dobleces), hasta aquellos engrapados de 10 a 20 hojas.

Como norma general deben ser breves, con frases sencillas, de fácil comprensión, indicando de forma precisa la idea y el comportamiento que se quiera resaltar. Suelen ir acompañados de dibujos, imágenes, gráficos, fotos o recortes que refuerzan e ilustran el mensaje y en donde la idea principal o mensaje clave se repita y se coloque en lugar destacado.

El folleto es útil como medio de enseñanza específico, como recurso didáctico de comunicación y como vehículo ejecutivo para dar instrucciones e impartir ciertas enseñanzas concretas y pormenorizadas a grandes cantidades de personas.

2. M.J. Bernier (1996).

La permanencia de las palabras escritas tiene un enorme valor en la educación de los pacientes. Según un estudio que analizaba el recuerdo de la información e instrucciones dadas verbalmente al paciente sobre regímenes terapéuticos, más del 50% de los pacientes estudiados cometían errores significativos en el recuerdo inmediato de la información verbal sobre su terapia.

Entre las *ventajas* del material educativo impreso, podemos destacar:

- Es complemento eficaz de otros medios de comunicación.
- Su costo de producción por unidad es relativamente bajo.
- Se puede asimilar su mensaje al ritmo de aprendizaje de cada individuo, dado que se puede leer tantas veces como sea necesario. Además permite al paciente y a su familia elegir el tiempo y lugar apropiado para su lectura.
- Inspira confianza debido al prestigio y seriedad que las personas asignan a lo que ven impreso o escrito.

Entre sus *limitaciones* se describen las siguientes:

- Es impersonal, no puede tener la misma eficacia que la entrevista personal ni el mismo valor social que los métodos de grupo.
- Su distribución eficiente requiere al menos un considerable esfuerzo y dedicación.
- Su difusión masiva hace sumamente difícil evaluar su impacto.

## 4. Edición de un folleto

La publicación de un folleto es el resultado de un proceso de edición casi siempre complejo. Como cualquier otro medio de comunicación, el folleto debe surgir de una verdadera necesidad identificada en el campo de un problema. Requiere tiempo, cuidado, supervisión y coordinación. En su forma más simple, el proceso de edición de un folleto consta de las siguientes etapas mayores:

**1) Planificación**

Consiste en la organización de la acción, la sistematización del esfuerzo y el diseño de la conducta del trabajo. ¿Quién debe hacer qué, cuándo, cómo, dón-

de, por qué y a qué costo? Trazar un plan consiste, esencialmente, en responder a esas preguntas. El plan general comprende, por tanto, decisiones sobre:

- Qué se desea comunicar, o sea, cuál será el tema o mensaje.
- A quién se desea comunicar, es decir, quién será el lector, a quién va dirigido.
- Para qué se desea comunicar, cuál será el propósito.

Hay que definir con exactitud lo que necesitamos. Debe comprobarse previamente si existe material disponible de este tipo y si las personas a las que va dirigido pueden usarlo y están dispuestas a hacerlo.

**2) Redacción**

Todos podemos tener problemas a la hora de escribir. Se pueden tener muy buenas ideas acerca de que nos gustaría decir, pero cuando nos enfrentamos a una página en blanco, a veces encontramos grandes dificultades para comenzar. Se han descrito distintas técnicas de ayuda y orientación, si bien no existe una fórmula mágica. Básicamente se trata de:

- *Enumerar,* en un mínimo de palabras anotadas en borrador, cada idea que uno tiene sobre el tema que ha estudiado. Hacer esta enumeración libre y espontáneamente, sin pretender ninguna organización ni valoración.
- *Analizar,* al finalizar, todos los puntos anotados:

– Incluyendo toda la información necesaria. No es difícil encontrar material impreso que omita algún paso o hecho esencial relativo al tema que le ocupa.
– Eliminando aquello que se considere innecesario y que pueda distraer al lector de los hechos esenciales.
– Facilitando la información en un *orden* correcto.
– Evitando instrucciones vagas.

El resultado de este método de trabajo es una guía precisa, un apunte sucinto y ordenado del tema sobre lo que vamos a escribir; es decir, una estructura de comunicación.

**3. Estructura y diseño**

La que se usa con más frecuencia es la *pirámide normal*:

**a)** *Introducción:* cumple dos funciones principales: Orientación y motivación.

- *Oriente al paciente:* dígale de qué le va a hablar. Hágale saber, rápida y claramente, cuál es el tema que desarrollará. Explíquele qué persigue, hacia dónde quiere llevarlo. Hágale entender su propósito.
- *Motívele:* toque sus sentimientos, emociones e instintos. Trate de satisfacer sus necesidades y aspiraciones. Hágale ver por qué le conviene hacer lo que usted le propone. Hágale sentir que obtendrá una recompensa, ya sea en términos de salud, estética, social, económica, etc., que haga que su esfuerzo valga la pena.

**b)** *Desarrollo*:

- *Ante todo, brevedad*. Como se ha afirmado a menudo, "folleto largo, folleto muerto". Nunca trate de desarrollar en un sólo folleto más de un tema principal. Cuanto más breve sea lo que se escribe, más probabilidades tendrá el mensaje de extenderse. Es conveniente revisar lo que escribimos, porque casi siempre se puede decir lo mismo con menos palabras. Sin embargo, debemos matizar que lo breve no necesariamente es simple.
- *Sea concreto y no divague*. Conviene llamar a cada cosa por su nombre. "Al pan, pan y al vino, vino". El nivel de escritura debe ser sencillo, de fácil comprensión, y si se incluyen palabras técnicas, hay que explicarlas. Use frases positivas: el uso de la negación dificulta la comprensión. Evite las frases muy largas: es mejor escribirlas de nuevo con dos frases cortas o más.
- *Sea exacto*. Es decir, preciso y veraz. De ahí la importancia de una adecuada documentación y una correcta búsqueda bibliográfica. Los hechos han de exponerse tal y como son, sin dramatismos.
- *Dé unidad y armonía al texto*. Explique los casos en orden, enlazando los conceptos, sin vacíos ni lagunas.
- *Reitere los conceptos esenciales*. La repetición es útil y deseable en materia de educación.

- *Refuerce su planteamiento*. Es decir, debemos argumentar sobre la conveniencia de adoptar la práctica o el hábito recomendado. Los argumentos que se utilicen pueden contemplar:

– Las ventajas de la práctica o hábito para el individuo y la comunidad.
– La disponibilidad de elementos necesarios y servicios adecuados para ello.
– Las recomendaciones profesionales, de especialistas o asociaciones.
– La evidencia científica, etc.

**c)** *Resumen o conclusión*. Aquí debe de repetirse el mensaje principal, para que quede grabado en la mente del paciente. En cuanto a la noción del equilibrio en la estructura, la distribución más común es:

- Introducción ..... 5 al 10%
- Desarrollo ..... 80% o más
- Resumen o conclusión..... 5 al 10%

**d)** *Los títulos*. Cumplen una doble función: la de captación y la de guía. Despiertan el interés del lector y orientan a lo largo de todo el mensaje. Deben ser cortos, claros y activos, expresando en un mínimo de palabras el contenido del folleto. Es conveniente que resulten imaginativos, fuertes y atrayentes.

**e)** *Otros detalles*. La redacción de un folleto incluye otros elementos, como los nombres de los autores, de la institución que lo edita, etc. No sólo constituyen un reconocimiento justo al trabajo, sino también un estímulo y para el paciente una indicación de seriedad y autoridad.

Así como el folleto permite el empleo de diversas estructuras, tolera también la aplicación de distintos tratamientos. La elección del tratamiento depende, como siempre, de la finalidad que se persiga al escribir, de las características del lector o destinatario y de la naturaleza del tema mismo. Un folleto puede tener, entre otros, algunos de estos *tratamientos*:

- La exposición
- La descripción
- La narración

En el primer caso, el más corriente, nos limitaremos a *mostrar* algo tal cual es, directamente. En el segundo caso, muy frecuente, damos el mensaje mediante una secuencia fijada por norma de tiempo o por norma de espacio. Podemos así explicar, paso a paso, un proceso o un procedimiento. En el tercer caso, en vez de decir directamente las cosas, apelamos a un método indirecto y algo literario que suele ser eficaz; el contar un *cuento*, episodio o anécdota. Es decir, presentamos nuestro mensaje a manera de relato en vez de hacerlo fríamente como una exposición o una descripción.

Cada uno de esos patrones generales resulta útil según las circunstancias. Además, los tres son combinables, si se hace con prudencia y buen gusto. Es fundamental un buen diseño e ilustración, de manera que, además de causar un efecto visual placentero, conduzca a ver y ayude a entender. Tan importante como ordenar las ideas es saber presentarlas de forma adecuada. El diseño es el uso del espacio, tipo de letras, encabezamientos, etc., que hacen a las palabras más interesantes y significativas.

No olvidemos que las letras mayúsculas resultan más difíciles de leer que las minúsculas; por tanto, su uso debe limitarse a los encabezamientos. Para elegir el tipo y tamaño de letra resulta útil revisar los materiales que tengamos a nuestro alcance.

El equilibrio y la armonía son esenciales. Hay que aprender a dar el *peso* adecuado a cada uno de los elementos de la composición. Cada página, cada detalle, deben diseñarse recordando una balanza, de modo que no haya figuras de *peso* insuficiente. Esto no quiere decir que cada dibujo, por ejemplo, deba ser del mismo tamaño que los demás, ni que deba estar siempre colocado en una posición exactamente equidistante a los otros. A cada elemento de composición se le asigna un valor propio, individual. Pero cada uno de esos elementos debe formar parte unitaria de un todo.

Use líneas y espacios para enfatizar puntos importantes, pero tenga cuidado: demasiado espacio es tan malo como ningún espacio vacío. Si se rompe mucho la continuidad en la lectura, la concentración del lector puede descender.

Diseñe su folleto siempre por pares de páginas, nunca por páginas aisladas. Una página siempre aparece junto a otra. Para el diseñador, las dos páginas forman una unidad, una sola superficie de composición. Los elementos que emplace usted en una página 2 afectarán forzosamente a la 3. No se puede poner mucho texto y grabados en la página 5 y dejar arbitrariamente vacía la 4. Si un

extremo de la página 6 tiene un motivo fuerte, habrá que poner algo en el extremo opuesto que compense ese efecto y establezca un equilibrio.

En el diseño, los márgenes son básicos. En la generalidad de los casos, se recomienda que el margen de la parte exterior de la hoja sea mayor que el de la parte interna, y el inferior, mayor que el superior. Los especialistas afirman que el margen inferior debe ser el doble de la parte superior; el de fuera, intermedio entre los dos anteriores; y el de la parte interior, la mitad del exterior.

Hay que concentrar la atención en los mensajes principales. Las páginas que quedan a la derecha son las que atraen primero la vista. Esto quiere decir que las cosas principales, textos, buenas fotos o dibujos claves deben presentarse preferentemente en las páginas de la derecha. No comience el texto en una página izquierda.

"Una imagen vale más que mil palabras". Dirija la vista del lector. No le permita vagar a su libre albedrío. Cada ilustración debe conducir a la lectura. La ilustración tiene tanta importancia como el diseño. Si usa gráficos, hágalos sumamente simples.

Las ilustraciones han de ser simples. También se recomienda que cuando proceda por el contenido, se localice la parte anatómica tratada en el cuerpo. Por ejemplo, si se está ilustrando un reemplazo total de cadera, muestre cómo la articulación reemplazada está colocada dentro del cuerpo y cómo se relaciona con otras partes del cuerpo.

Con respecto al color, es importante que nunca sea contradictorio con el mensaje tratado. Hay un simbolismo en el color. Un predominio del rojo en un folleto sobre riesgos tendría tan poco sentido como un exceso de azul en una publicación sobre tomates.

En definitiva, el diseño es importante. Ayude al lector a comprender las palabras y ayude a enfatizar los puntos más importantes. Por ello hay que pensar en:

- Tamaño de la página.
- Márgenes.
- Uso del espacio.
- Encabezamientos.
- Tipo de letra.
- Ilustraciones.

### 4.1. Evaluación (pre-test)

La gran diversidad de estudios y artículos en el área de la educación de los pacientes refleja su propio alcance y complejidad, así como el gran interés que este tema despierta. Bernier[3] realizó una revisión de la bibliografía existente sobre material educativo impreso (MEI), con objeto de identificar y validar un conjunto de criterios para el diseño y evaluación de MEI dirigido a pacientes y familias.

La riqueza de artículos y de materiales impresos encontrados contrastaba con la dificultad de conseguir información acerca de la evaluación y diseño de este tipo de material. Indudablemente, la evaluación de los resultados de aprendizaje requiere tiempo y recursos financieros adicionales. Además, es evidente que el proceso y los criterios usados en la creación de MEI influyen en la calidad del producto y por consiguiente, en los resultados de aprendizaje.

Los autores sólo encontraron un instrumento de evaluación: "Los criterios de evaluación de material impreso de Rice y Valdivia", que, según Bernier, no establecían la relativa importancia de cada criterio en función de la calidad. Para ello desarrollaron un modelo específico de evaluación donde la comprensibilidad y claridad del material, así como las características (edad, sexo, cultura y tipo de necesidad en salud) de la población diana, y el diseño y formato fueron considerados como los aspectos de mayor importancia para evaluar el proceso.

En 1996, ese mismo autor realizó un estudio dirigido a establecer las propiedades psicométricas de unos estándares de calidad para valorar la presencia (o ausencia) de los principios sobre diseño/aprendizaje contenidos en el MEI. Este estudio fue realizado en cuatro fases: validez del contenido, pretest, fiabilidad inter-observador y fiabilidad intra-observador.

Como resultado desarrollaron un instrumento: Bernier Instructional Design Scale (BIDS) (Anexo I), que proporciona unas instrucciones sobre el diseño y principios de aprendizaje (ítems graduados), las cuales representan unos estándares cualitativos con unos contenidos validados. Este instrumento puede ser utilizado como una guía para el desarrollo, evaluación y revisión de MEI. Dentro de la valuación del MEI podemos afirmar que el aspecto más

3. Bernier (1991).

estudiado es la *comprensibilidad*; es decir, que lo que se ha escrito se pueda comprender.

Beaver y Glazer[4] revisaron el MEI dirigido a educar a los pacientes acerca de la detección precoz y tratamiento del cáncer de mama. Mientras que la población diana tiene un nivel de comprensión equivalente a 6.º (o más bajo) (aproximadamente 1.º de ESO), los folletos analizados requerían al menos un grado noveno de comprensión de lectura (aproximadamente, 4.º de ESO). Al revisar el material educativo sobre nutrición, Dollahite[5] encontró que el 68% de los mismos había sido escrito para un noveno grado de comprensión (equivalente a 4.º de ESO) o más alto.

Williams[6] utilizó un test específico (TOFHLA: *Test of Functional Health Literacy in Adults*) para medir la capacidad de lectura y comprensión de instrucciones médicas e información sobre unidades de salud, en una muestra de 2.659 pacientes, de habla inglesa e hispana, de dos hospitales públicos (Atlanta), y llegó a la conclusión de que la inadecuación en este aspecto puede suponer una importante barrera en la comprensión de los pacientes sobre su diagnóstico, tratamiento y cuidados en salud.

Otras revisiones sobre MEI dirigidas a embarazadas y consumo de alcohol (Calabro, 1996), lesionados de médula espinal,[7] SIDA,[8] inmunizaciones,[9] etc., pusieron de manifiesto que entre el 60 y el 92% del material educativo dirigido a pacientes, y realizado en Estados Unidos, está escrito en un nivel de lectura de 8.º grado o superior (aproximadamente 3.º de ESO), y que, por tanto, supera el nivel de comprensión de lectura de la población media estadounidense. Se recomienda como nivel de escritura el 6.º grado (1.º de ESO) o inferior.

La dificultad de compresión de un texto puede estimarse a través de la fórmula SMOG (Anexo II). Dicha fórmula nos permite valorar el nivel del grado de comprensión de la lectura del MEI, en función del número de palabras que contienen tres o más sílabas.

4. Beaver (1997) y Glarer (1996).
5. Dollahite (1996).
6. Williams (1995).
7. Yasenchak (1993).
8. Wells (1994).
9. Davis (1996).

Las ilustraciones también han sido evaluadas. Rohret[10] propuso que había que considerar los siguientes criterios:

- Necesidad. Si el dibujo transmite por sí mismo la necesidad de alcanzar los objetivos planteados y ayudan al paciente en la comprensión del texto.
- Conveniencia de los contenidos.
- Familiaridad al paciente.
- Diseño. ¿Son el tamaño, impresión, color, espacios libres apropiados a los objetivos planteados?
- Un único concepto. La necesidad de que se asocie a un solo concepto o idea.
- Tamaño apropiado.
- Líneas. ¿Están lo suficientemente marcadas o resaltadas para ser vistas?
- Elementos de distracción. ¿Se eliminaron las ideas no relevantes?

### 4.2. Distribución

Finalmente, una vez que el material se ha impreso, hay que pensar en su distribución. No basta con dejarlo en un estante o mesa y esperar a que sea leído. Lógicamente, la distribución estará en función de las circunstancias locales, tiempo y recursos disponibles.

Analice estos factores y piense cómo puede llegar a la población a la que va dirigido, en definitiva, a sus pacientes. Una distribución planificada y correcta nos permitirá alcanzar los objetivos planteados en un principio.

10. Rohret (1990).

# Anexos

## Anexo I. *Bernier Institutional Design Scale* (BIDS)

Escala de instrucciones sobre los principios del diseño de Bernier.

Los principios de diseño de los materiales educativos impresos utilizados para pacientes y familiares que recoge la escala (BIDS) se presentan en una lista ordenada de 35 principios (tabla 9.1), con una escala de valoración de cada uno de los principios en cuatro categorías:

- 0 ausente,
- 1 presente, pero no siempre
- 2 presente
- NA no aplicable (no se valora el principio)

Una vez leído el MEI que se desea evaluar, se usa la escala de BIDS para calcular el valor de la suma de las puntuaciones de los principios que se estudian.

*Ejemplo*

El segundo principio de la escala "El tamaño de la letra permite a la audiencia objetivo leer con facilidad". Un MEI escrito con un tamaño de letra pequeño, por ejemplo, 8 puntos (el tamaño de los caracteres se expresa en altura del carácter, la unidad utilizada es el punto, que equivale a 1/72 de pulgada, aproximadamente 0,35 mm), podría no ser apropiado para la población general, pues los lectores serían de distintos grupos de edad y algunos de estos grupos tendrían dificultad para leer el texto con este tamaño de letra. Por ello se recomienda que cuando el MEI vaya destinado a la población general, el tamaño de los caracteres sea como mínimo de 12 puntos.

Tabla 9.1. Instrucciones sobre los principios de diseño de BIDS.

| Escala de principios |
|---|
| **1.** El contraste entre la tinta y papel es suficiente para permitir una lectura fácil. |
| **2.** El tamaño de la letra permite a la población objetivo leer con facilidad. |
| **3.** El estilo de la redacción es de fácil lectura. |
| **4.** Los dibujos y/o ilustraciones son comprensibles por el grupo objetivo con o sin textos explicativos. |

| Escala de principios |
|---|
| **5.** Los dibujos y/o ilustraciones están rotulados con claridad. |
| **6.** Los dibujos y/o ilustraciones son adecuadamente representativos de los grupos raciales y étnicos que componen la audiencia objetivo. |
| **7.** Los títulos y subtítulos son claros e informativos. |
| **8.** El vocabulario utilizado en el MEI refleja las palabras que usa habitualmente el grupo objetivo. |
| **9.** Se definen los términos sanitarios que aparecen en el texto. |
| **10.** Los términos se usan con un significado constante a lo largo de todo el MEI. |
| **11.** El estilo de redacción consigue involucrar activamente al lector y estimular su participación activa. |
| **12.** Se usa la voz activa.<br>**Ejemplo:** la frase "muchas personas con colostomías consideran beneficioso ser miembro de un grupo de apoyo de ostomías", es mejor que la voz pasiva, "muchas personas con colostomías consideraban que se beneficiaban de un grupo de apoyo de ostomías"). |
| **13.** Se evita el uso de negaciones dobles (o negaciones múltiples).<br>**Ejemplo:** la siguiente frase es confusa: "no hay razón por la que una persona con diabetes no deba hacer ejercicio cuando está enferma". |
| **14.** Se explica claramente el propósito del MEI al grupo objetivo. |
| **15.** Se establece con claridad la importancia del contenido educativo para el grupo objetivo. |
| **16.** Los objetivos de aprendizaje establecidos o implícitos y los contenidos educativos del MEI se relacionan entre sí. |
| **17.** Los objetivos de aprendizaje establecidos o implícitos están relacionados con el pretendido resultado establecido o implícito en el MEI. |
| **18.** Se presenta solamente la información esencial sobre el tema, usando no más de 3 ó 4 puntos principales. |
| **19.** El contenido es adecuado. |
| **20.** El contenido se presenta más en términos concretos que mediante ideas y conceptos abstractos. |
| **21.** El contenido está redactado con un estilo "centrado en el paciente". |
| **22.** El contenido se presenta relacionando e integrando la nueva información con la que el grupo objetivo ya conoce y comprende. |
| **23.** Se usan ejemplos para rellenar las lagunas entre lo que el grupo ya sabe y el nuevo contenido que se va a enseñar y aprender. |
| **24.** Los ejemplos usados contienen características centrales de las ideas y los conceptos tratados. |
| **25.** El contenido se presenta de forma que se respetan las costumbres y tradiciones del grupo objetivo. |
| **26.** La carga de información del material educativo es adecuada para el grupo objetivos (cuanto menos familiar sea la información, menor cantidad de la misma debe presentarse de una vez). |
| **27.** El contenido se centra tanto en lo que el grupo objetivo debe hacer como en lo que ha de saber. |
| **28.** Las ideas principales del MEI están divididas en unidades de contenido significativas. |
| **29.** El material educativo avanza de contenidos simples a contenidos más complejos de forma organizada y lógica. |
| **30.** El contenido educativo es actual. |
| **31.** Se dan instrucciones específicas y precisas cuando se desea que el grupo objetivo realice algunas acciones sanitarias o de autoayuda. |
| **32.** Las ideas y puntos de contenido importantes se repiten como refuerzo a lo largo de todo el MEI. |

| Escala de principios |
|---|
| **33.** Las frases siguen un orden lógico y tienen una estructura coherente para transmitir eficazmente la información en el MEI. |
| **34.** Se incluyen sumarios y resúmenes del contenido educativo que se está transmitiendo a lo largo de todo el MEI. |
| **35.** El MEI está redactado en un nivel de lectura adecuado para el grupo objetivo. Los materiales destinados a la población general deben redactarse en un nivel de grado 6-8, es decir, un grado de compresión equivalente al que corresponde a niños que están cursando estudios comprendidos entre 1.º y 3.º de educación secundaria (11-13 años). |

## Anexo II. Fórmula SMOG

Esta fórmula se basa en investigaciones que demuestran que a igualdad de otros factores, los textos con muchos polisílabos exigen un nivel de compresión de la lectura mayor que los textos con palabras de una o dos sílabas. La fórmula proporciona un baremo del nivel de lectura preciso para comprender el texto.

*Cálculo de la fórmula SMOG*

**1)** Marcar en el texto tres párrafos de unas 10 frases, uno al principio, otro al final y uno en medio. No importa que las frases sean cortas o largas. Si el texto tiene sólo unas 30 frases, utilizar todo el texto como muestra.

**2)** Marcar todas las palabras (de tres sílabas ó más) en las 30 frases seleccionadas, incluyendo todas las repeticiones de la misma palabra. Sumar las palabras marcadas.

**3)** Si en la muestra hay menos de 30 frases, calcular la media de polisílabos (tres sílabas o más) por frase, dividiendo la suma de palabras polisílabas por el número de frases y multiplicar esta media por 30. Si en la muestra hay más de 30 frases, pasar al cuarto punto.

**4)** Calcular el número más cercano a éste, que sea un cuadrado perfecto (sin decimales), y escribir su raíz cuadrada.

**5)** Sumar la constante 3 a la raíz cuadrada hallada. El número resultante es la puntuación SMOG o estimación del nivel de lectura que debe haber alcanzando el lector para poder entender el texto. Por ejemplo: un MEI que tenga 53 palabras de tres o más sílabas en las treinta frases seleccionadas, el 7 es el número más cercano a un cuadrado perfecto, $7 \times 7 = 49$. Sumamos la constante 3 al número 7, y obtenemos $7 + 3 = 10$, que es el nivel del grado estimado para el MEI.

**6)** Otras observaciones a considerar en el cálculo de la fórmula SMOG.

- No contar como frases títulos, subtítulos, ni citas extraídas del texto.
- Hay que contar también los nombres propios si tienen tres sílabas o más.
- Las palabras unidas por guiones se considerarán como una sola palabra.
- Las abreviaturas y siglas hay que tratarlas como suelen leerse en voz alta. Así por ejemplo EE.UU. suele leerse Estados Unidos, mientras que por ejemplo ONU se suele leer ONU, no Organización de las Naciones Unidas.
- Si aparecen números, hay que considerarlos tal como se leen. Por ejemplo, 49 se lee cuarenta y nueve.

Capítulo X

# La comunicación visual en la divulgación sanitaria

Rosa Collado

Una de las principales características del ser humano es su necesidad de comunicación. Así, el fenómeno de la comunicación humana, y en su defecto de la incomunicación, es objeto de estudio y reflexión en ámbitos tan distintos como la lingüística, las ciencias médicas y psicológicas, las tecnologías aplicadas a la información, y por supuesto, en las actividades creativas y el arte.

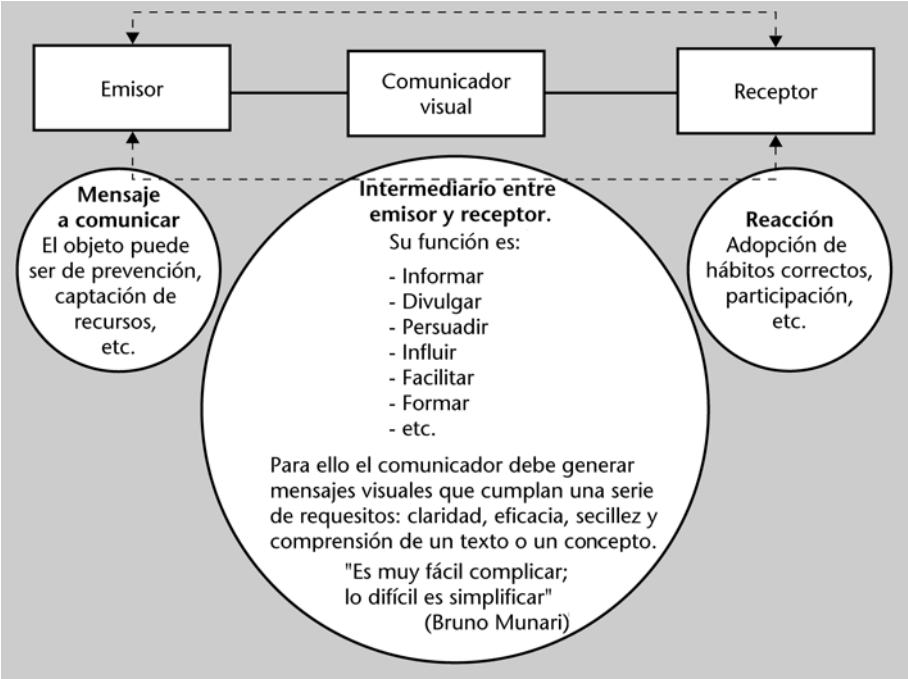
Dentro del extenso campo de la comunicación humana, mi parcela de trabajo como especialista en comunicación se centra básicamente en las posibilidades que nos ofrecen los recursos de comunicación visual, ya que por sus características, esta comunicación es la más universal y más eficaz en tanto que el código comunicativo no es una lengua determinada, sino las imágenes.

Es evidente que por la complejidad del proceso de la comunicación humana, tanto si se establece mediante las palabras o las imágenes, el análisis de cualquier mecanismo de comunicación visual no puede abordarse de forma simple ni parcial. Dicho de otro modo, para reflexionar sobre la efectividad en la divulgación sociosanitaria a través de los recursos visuales, no es útil limitarse a establecer una serie de técnicas más o menos atractivas (colores, tipografías, formatos, etc.) sobre la realización de un producto de comunicación visual, sino que debemos analizar todo su proceso de elaboración atendiendo a todos los elementos que inciden en la metodología de trabajo y garantizan en definitiva la efectividad del mensaje.

La función de un responsable de divulgación sanitaria consiste en plantear una estrategia de comunicación eficaz que le permita alcanzar los objetivos en cada acción. En consecuencia, debemos establecer y acotar con precisión estos objetivos, puesto que en este primer estadio del proceso se fijan los requisitos

que permitirán una divulgación viable del producto y, por lo tanto, una comunicación eficaz (figura 10.1.).

**Figura 10.1.** El circuito de la comunicación visual.




## 1. Metodología en el proceso de elaboración del material de divulgación sanitaria

Ante una necesidad determinada de divulgación, los pasos que se deben seguir para conseguir un resultado son:

- Primera fase del proceso: definición del objetivo.
- Segunda fase del proceso: definición del *target*.
- Tercera fase del proceso: determinación de la estrategia.

- Cuarta fase del proceso: selección y desarrollo del contenido.
- Quinta fase del proceso: desarrollo del material de divulgación, que puede estar en diferentes soportes.

## 1.1. Primera fase del proceso: definición del objetivo

Debemos definir, acotar y priorizar un objetivo concreto, dirigido a un colectivo definido, al que denominamos *target* (figura 10.2).

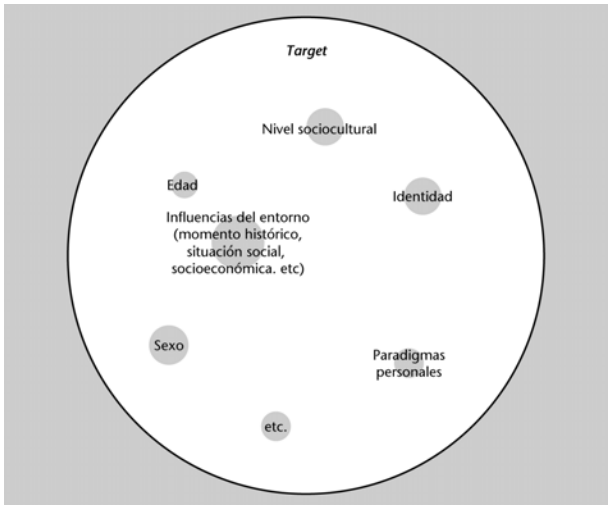
**Figura 10.2.** El objetivo central.

El objetivo debe definirse de forma concreta y dirigirse siempre a un colectivo concreto. Para garantizar el éxito de la operación debemos centrarnos en un solo objetivo: el fundamental. En la determinación de dicho objetivo, es difícil renunciar a cuestiones que consideremos importantes. Sin embargo, si nos proponemos muchos objetivos en una única acción de comunicación, corremos el riesgo de diluir y dispersar nuestro objetivo y perder eficacia. No obstante, siempre podemos definir otros objetivos secundarios que sean dependientes y que giren alrededor de éste.

En consecuencia, si nos centramos en el objetivo fundamental aseguraremos que los conceptos básicos se transmitan porque podremos enfocar la comunicación hacia el refuerzo de ese mensaje esencial que hemos seleccionado.

## 1.2. Segunda fase del proceso: definición del *target*

**Figura 10.3.** La definición del *target*.




Para que una comunicación sea efectiva, y especialmente en la divulgación informativa, es imprescindible priorizar el análisis del *target*, es decir, el colectivo receptor al que dirigimos el mensaje (figura 10.3).

**a)** *Criterios de determinación del colectivo receptor*. Suelen ser *1)* los concernientes a la edad, *2)* el sexo, *3)* la formación cultural, *4)* la dedicación profesional, *5)* las influencias del entorno en lo que se refiere a las circunstancias históricas, *6)* la situación socioeconómica, laboral, etc. En definitiva, cualquier tipo de identificación que pueda describirse en términos de:

- Paradigma de circunstancias históricas y vitales
- Paradigmas culturales
- Paradigmas emocionales y de valores, los cuales representan los referentes personales y del entorno del receptor

**b)** *Segmentación del target*. Indudablemente, para que la información sea efectiva es necesario segmentar el *target*, acotarlo en un colectivo determinado o bien en unos cuantos colectivos con factores en común, en función del tema que deseemos abordar. De este modo podremos identificar al receptor del mensaje con un máximo de precisión.

Conoceremos bien sus necesidades, sus motivaciones o desmotivaciones, sus valores y podremos enfocar el mensaje a la medida de estos valores y necesidades, es decir, informaremos de forma personalizada y hablaremos de los beneficios que obtendrá la población objetivo si modifica determinados hábitos o adopta ciertas medidas.

Determinar este colectivo es prioritario, toda vez que ello condiciona el establecimiento de los objetivos planteados inicialmente para la divulgación, porque nos pondrá en evidencia las diferencias existentes entre los diversos colectivos que quizás deseábamos agrupar, lo cual quizás nos obligue a elaborar diferentes materiales de divulgación en la misma campaña enfocando el contenido y los mensajes de cada uno a un *target* concreto, o bien determinará soportes o vías de divulgación diferentes. Por ejemplo, si pretendemos advertir a un colectivo profesional de determinados factores de riesgo y de las precauciones que debe tomar y escogemos como vía de divulgación las páginas de un periódico. Nos estamos dirigiendo a un público muy amplio del que sólo un porcentaje pequeño nos interesa. El mismo mensaje en una publicación especializada nos permite una relación personalizada y un ahorro de costes.

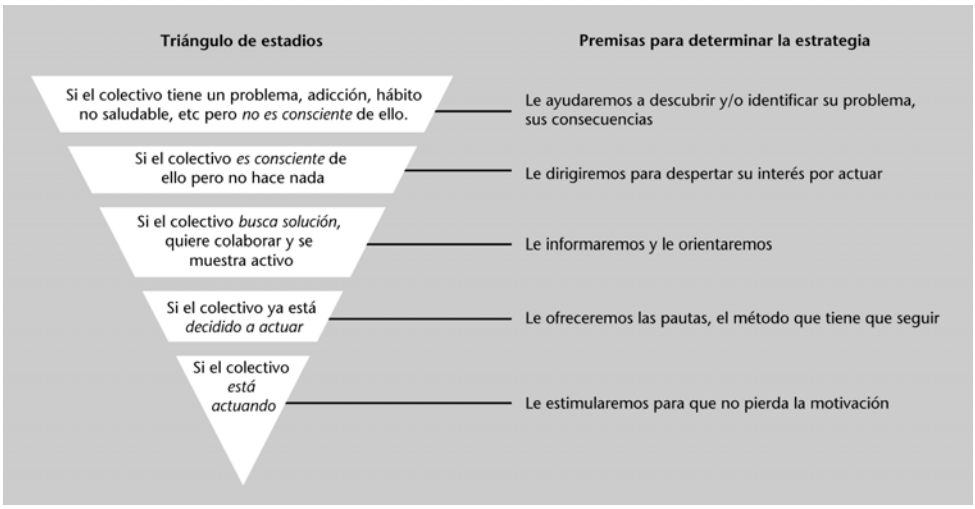
Pero más importantes aún que los paradigmas propios de cada colectivo son los estadios en los que se puede encontrar el colectivo con relación al tema que queremos divulgar. Así, podemos clasificarlos en la figura 10.4:

**Figura 10.4.** Clasificación de los estadios en que se encuentra un colectivo.

## 1.3. Tercera fase del proceso: determinación de la estrategia

Después de haber acotado los objetivos y en función del análisis del *target* y del estadio en que se encuentra este colectivo, determinaremos la estrategia de actuación (figura 10.5).

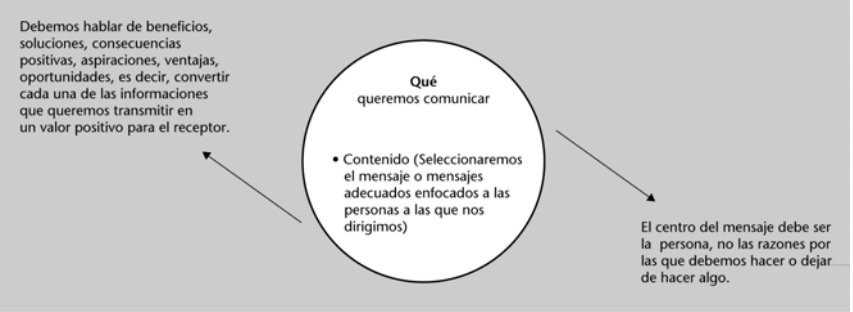
**Figura 10.5.** Premisas para determinar la estrategia.




## 1.4. Cuarta fase del proceso: selección y desarrollo del contenido

Responde al mensaje que transmitiremos. Con el mismo criterio de acotación que en la fase de determinación de objetivos, es imprescindible segmentar los mensajes para conseguir resultados más eficaces. El éxito conseguido en campañas de divulgación sanitaria se justifica en buena medida por el hecho de aplicar técnicas comerciales a las estrategias de divulgación sanitaria. Entendemos que una estrategia de comunicación eficaz, que informe de los beneficios de un producto de consumo, con la intención, evidentemente, de convencer al receptor, en parte también es útil cuando se trata de difundir unos valores, cambios de hábitos, informaciones, etc. (figura 10.6).

**Figura 10.6.** Selección y desarrollo del contenido.

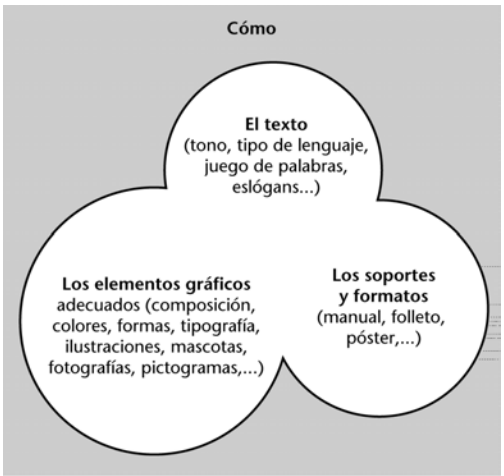



## 1.5. Quinta fase del proceso: desarrollo del material de divulgación, que puede ser en diferentes soportes, como cartel, díptico, manual, etc.

Al final del proceso, lo tangible será el soporte: colores, imágenes, ilustraciones, texto, etc., pero si las fases anteriores no se han desarrollado con coherencia, el resultado puede ser un material (folleto, opúsculo, etc.) atractivo pero sin ningún valor comunicativo que nos conducirá al fracaso, ya que será responsable de la inutilidad o del bajo rendimiento de la campaña.

Diseñaremos el material y el soporte final en función de las conclusiones a las que hayamos llegado en fases anteriores (figura 10.7).

**Figura 10.7**



**1) El texto**

- Pocos mensajes y concretos.
- Personalizar siempre que sea posible.
- Cualquier material que destaque de los demás atraerá al receptor con más facilidad.
- Trato cálido, amable y humano.
- Utilizar el mismo lenguaje que el receptor, en ocasiones, argot.
- Eliminar lo superfluo o gratuito que no aporte valor, etc.

**2) Los elementos gráficos**

- Hay que decidir qué elementos son esenciales o creativamente deseables. Tal vez sea prudente minimizar el número de elementos en las fases iniciales. Nunca hay que utilizar nada de forma gratuita. Siempre se debe examinar y justificar su inclusión como una contribución al efecto global del diseño.
- Disponer los elementos para crear un todo satisfactorio que presente un equilibrio, un peso y una armonía compositiva de los elementos gráficos que vayan a utilizarse.
- Ganaremos eficacia si combinamos el titular con una ilustración o fotografía.
- Los pies de foto resultan esenciales.
- Entre todos los elementos gráficos que formen el área de diseño, debe procurarse que el lector capte la esencia del mensaje y el beneficio principal.
- Los subtitulares facilitan al lector la transición al cuerpo de texto.
- Los elementos destacados atraen.
- Las mayúsculas son difíciles de leer porque el ojo reconoce formas, no letras aisladas.
- Existe una enorme variedad de tipos y estilos disponibles, lo cual nos proporciona mucha libertad al escoger los que utilizaremos para nuestro diseño. Sin embargo, debemos ser prudentes a la hora de mezclar estilos de tipos diferentes.
- Cambiar una página con tipo *serif* a un tipo *sans serif* puede reducir la comprensión del 67% al 12%.
- Los textos en negativo se leen con gran dificultad.
- Si se compone el texto con demasiada anchura, el ojo tiene que viajar de un lado al otro, lo cual constituye un esfuerzo para el lector.

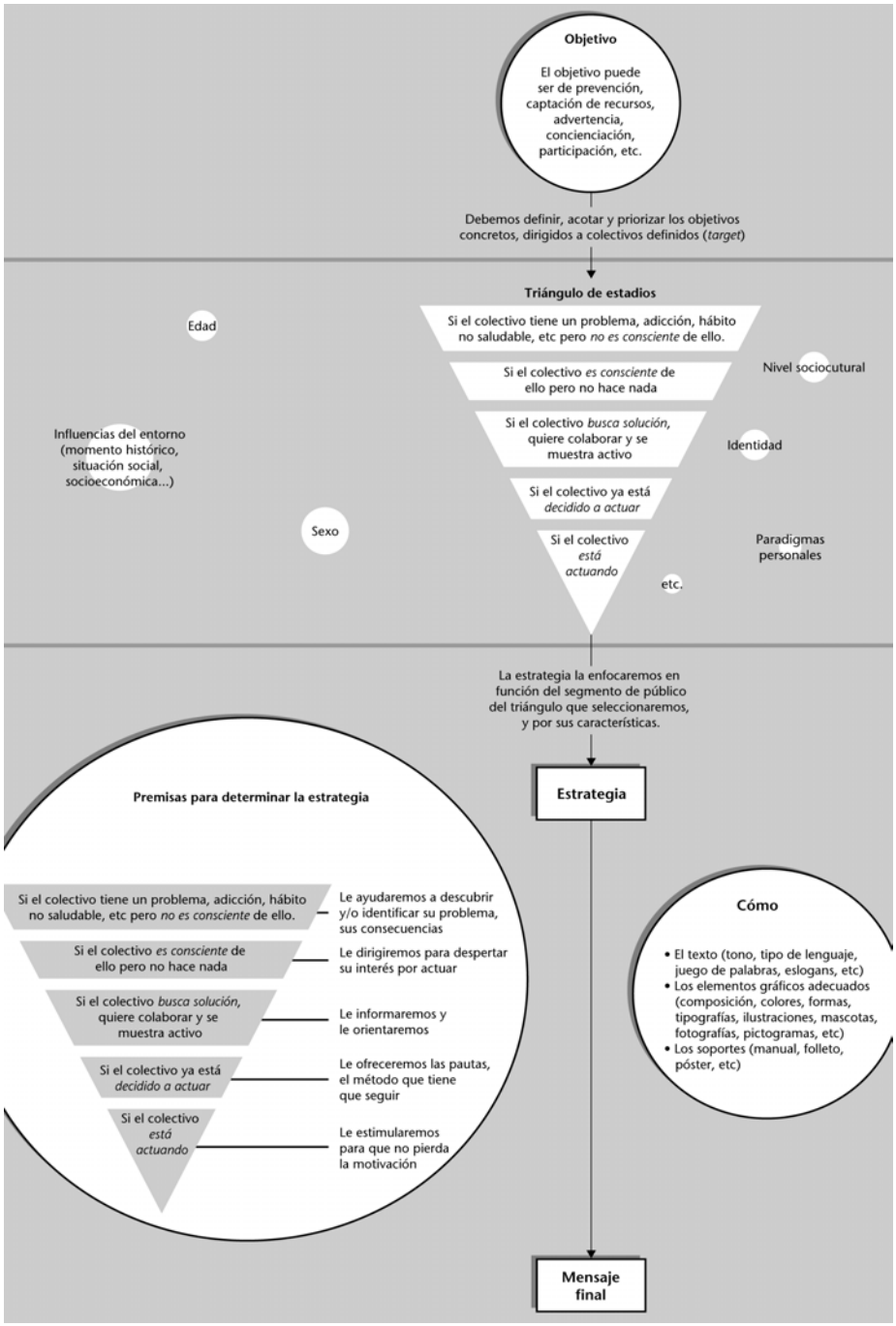
- Los titulares perdidos en medio de la composición rompen el flujo de lectura.
- En cuanto a la justificación de los párrafos:

– Párrafo justificado: lectura fácil.
– Párrafo caja izquierda: lectura difícil.
– Párrafo caja derecha: lectura muy difícil.
– Párrafo centrado: lectura con grandes dificultades, etc.

**3) Los soportes y formatos**

- Es importante definir el soporte y el formato adecuados (cartel, díptico, tríptico, póster, manual o libro, web, etc.).
- Algunos formatos resultan atractivos pero poco prácticos.
- Para publicaciones de tipo divulgativo son más adecuados los formatos estándar por cuestiones funcionales y también económicas (ejemplos: el formato A-5 es de fácil manejo).
- También debe prestarse atención al plegado para asegurar que el orden de lectura sea el correcto.
- Si el material divulgativo se debe enviar por correo, es importante tener en cuenta las medidas estándar de los sobres, entre otras cuestiones.
- Así pues, en resumen, ante una necesidad determinada de divulgación, los pasos que debemos seguir para conseguir un resultado son los expuestos a continuación en la figura 10.8.

**Figura 10.8.** Pasos que deben seguirse en una divulgación.



## 2. Análisis comunicativo de un material gráfico de divulgación sociosanitaria

A tenor de lo que hemos expuesto anteriormente, analizaremos el proceso de elaboración de un folleto para una campaña de prevención contra el sida realizada para el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya.

El origen del éxito o fracaso de una campaña está en la elaboración del *briefing*, es decir, en la precisa notación de necesidades e intenciones que nos proponemos conseguir. Un buen *briefing* no garantiza el éxito de una campaña (en este texto demostraremos que para ello se requiere un trabajo óptimo de cada nivel del proceso de elaboración), pero un mal *briefing* nos conduce a una campaña insatisfactoria o, como mínimo, desaprovechada.

### 2.1. Definición del objetivo

En el ejemplo que analizamos, el objetivo planteado consistía en reducir los contagios del SIDA. Este objetivo general se articuló en dos formulaciones resultantes: *1)* la prevención del SIDA, y *2)* su detección por parte de los individuos del colectivo receptor seleccionado. Así, el eslogan de la campaña era la frase: "¿Te proteges del SIDA?", planteada de forma directa y escueta en la portada del folleto informativo (figura 10.9).

**Figura 10.9**

## 2.2. Definición del *target*

El análisis preciso del *target* debe conducirnos a definir sus necesidades para poder personalizar la comunicación. El receptor de una determinada campaña debe convertirse en el protagonista del mensaje. En la campaña de prevención del sida convenimos que la segmentación del *target* nos determinaba un colectivo con los siguientes paradigmas:

- Bajo nivel intelectual.
- Poco o ningún hábito lector (en algunos casos, incluso se trataba de colectivos de inmigrantes con grafías diferentes a la nuestra).
- Prácticas de riesgo como la prostitución y la drogadicción.
- Hombres y mujeres jóvenes con poca información sobre la enfermedad y su gravedad.

Más importante aún que los paradigmas propios del colectivo era el estadio en el que se encontraba el colectivo respecto a este tema. En el caso de esta campaña lo establecimos en el segundo nivel del triángulo de estadios: un colectivo consciente del problema pero que no hace nada para afrontarlo.

De este modo, entendíamos que nuestra campaña no debía concienciar sobre el problema del SIDA, es decir no debía informar sobre la enfermedad y sus consecuencias, puesto que el colectivo ya era consciente de ello. Tampoco nos dirigíamos al colectivo de personas conscientes y activamente colaboradoras, dispuestas a buscar y poner en práctica las medidas necesarias. En definitiva, debíamos centrarnos en motivar a ese colectivo para que pasara a buscar una solución activa al problema del contagio del SIDA.

En consecuencia, decidimos centrar la información sobre la enfermedad en dos ámbitos concretos: la prevención ("Así se contrae el sida"; "Así se puede evitar el sida") y la detección del sida ("¿Cómo saber si tengo el sida?").

## 2.3. Determinación de la estrategia

Según el público seleccionado en el triángulo de estadios, decidiremos la estrategia adecuada. En el material de divulgación sanitaria que hemos puesto

como ejemplo, la relación determinante responde a la siguiente premisa: "Si el colectivo es consciente del problema pero no hace nada, le dirigiremos para despertar su interés por actuar".

Así, la estrategia responde a la voluntad de influir en el comportamiento y actitud del receptor a fin de incitarle a un cambio de conducta. La campaña no debe centrarse en sus propias características y ventajas. Para que la campaña sea exitosa debe convertir los conceptos y las características del mensaje en beneficios para el receptor. En nuestro material pueden interpretarse como:

- Las drogas son un factor de riesgo importante,
- pero aunque de momento no puedas dejarlas,
- puedes evitar el riesgo.
- Podrás disfrutar de relaciones sexuales satisfactorias,
- podrás plantearte una maternidad responsable,
- podrás mantener una vida social activa y segura,
- podrás evitar el contagio a tu pareja.

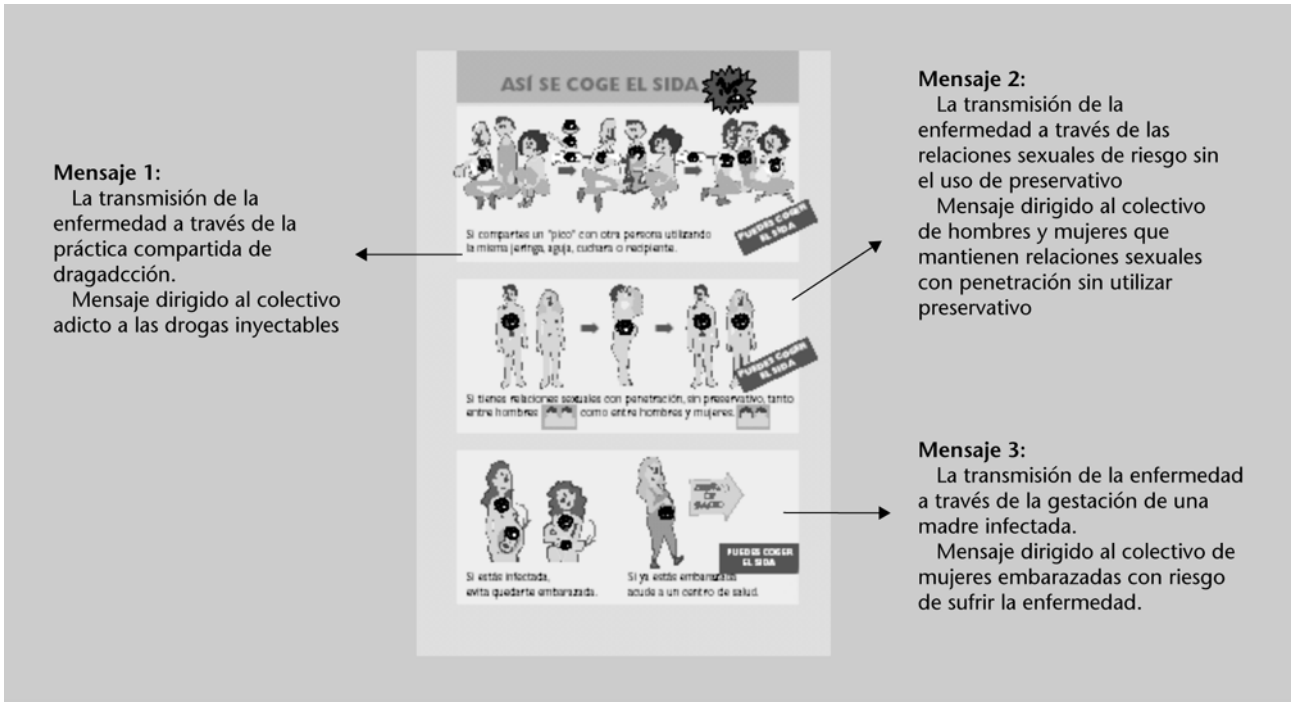
## 2.4. Selección y desarrollo del contenido

La segmentación del mensaje, al igual que la segmentación del *target*, es imprescindible para una comunicación eficaz. Entendemos que una estrategia de comunicación eficaz debe difundir unos valores, cambios de hábitos, informaciones e introducir nuevos hábitos. Por eso en la campaña de prevención del sida seleccionamos los mensajes adecuados enfocados a las personas a las que nos dirigíamos (figura 10.10).

Estos tres mensajes básicos son presentados de forma paralela y complementaria en las dos actitudes sociales frente a la enfermedad (figura 10.11).

En el apartado informativo de detección del sida, es consecuente mantener el paralelismo en la segmentación de los mensajes. Por tanto el planteamiento responde a (figura 10.12):

**Figura 10.10**


Mensaje 1:
La transmisión de la enfermedad a través de la práctica compartida de dragadcción.
Mensaje dirigido al colectivo adicto a las drogas inyectables
ASÍ SE COGE EL SIDA
Si compartes un "pico" con otra persona utilizando la misma jeringa, aguja, cuchara o recipiente.
PUEDES COGER EL SIDA
Si tienes relaciones sexuales con penetración, sin preservativo, tanto entre hombres como entre hombres y mujeres.
PUEDES COGER EL SIDA
Si estás infectada, evita quedarte embarazada.
Si ya estás embarazada acude a un centro de salud.
PUEDES COGER EL SIDA
Mensaje 2:
La transmisión de la enfermedad a través de las relaciones sexuales de riesgo sin el uso de preservativo
Mensaje dirigido al colectivo de hombres y mujeres que mantienen relaciones sexuales con penetración sin utilizar preservativo
Mensaje 3:
La transmisión de la enfermedad a través de la gestación de una madre infectada.
Mensaje dirigido al colectivo de mujeres embarazadas con riesgo de sufrir la enfermedad.

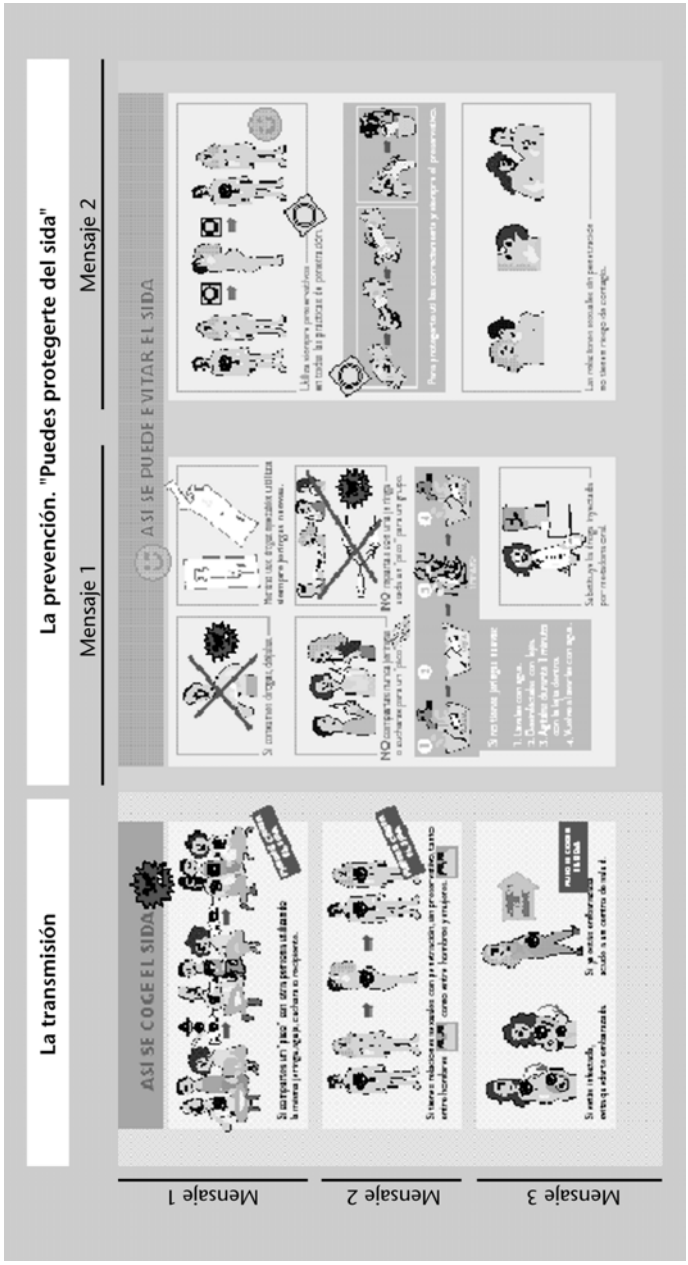

La transmisión
La prevención. "Puedes protegerte del sida"
Mensaje 1
Mensaje 2
ASI SE COGE EL SIDA
ASI SE PUEDE EVITAR EL SIDA
Mensaje 1
Mensaje 2
Mensaje 3

**Figura 10.11**

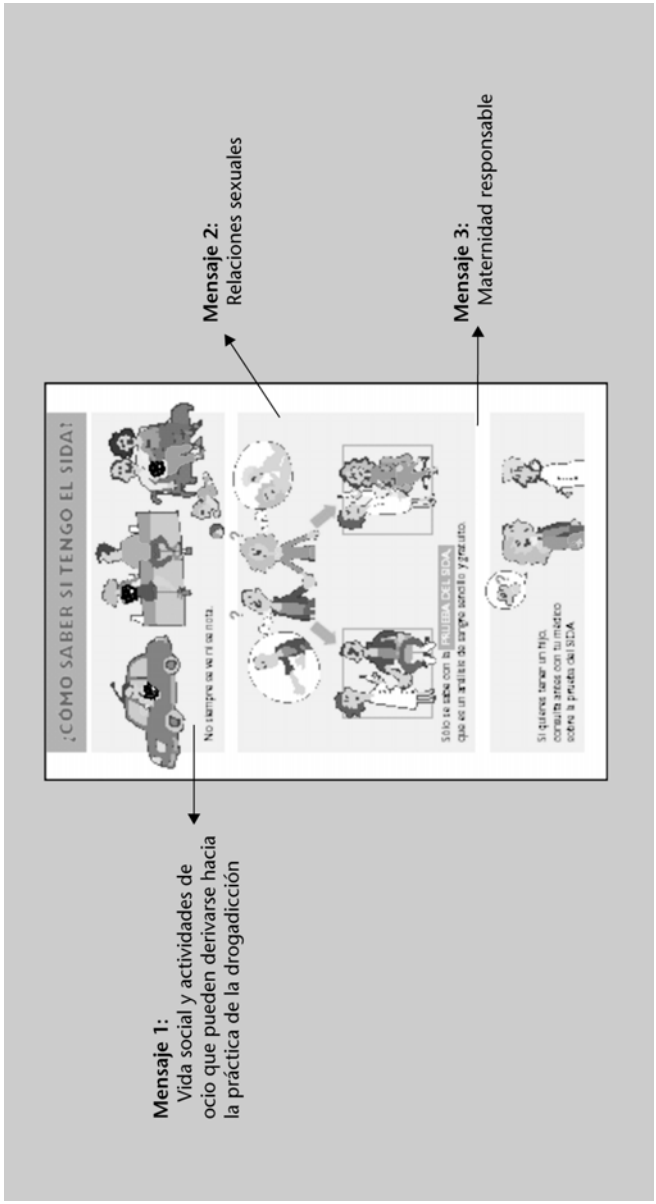
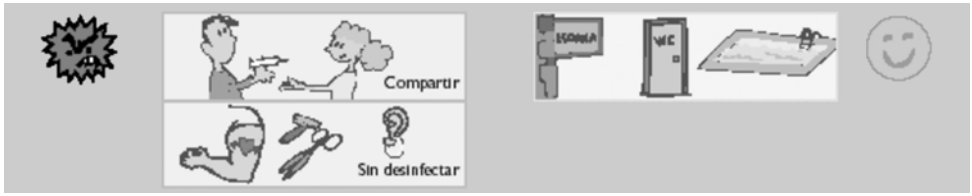

¿CÓMO SABER SI TENGO EL SIDA?
Mensaje 1:
Vida social y actividades de ocio que pueden derivarse hacia la práctica de la drogadicción
Mensaje 2:
Relaciones sexuales
Mensaje 3:
Maternidad responsable

**Figura 10.12**

Del mismo modo, el recordatorio está estructurado a partir de la segmentación de tres mensajes representados en los ámbitos de:

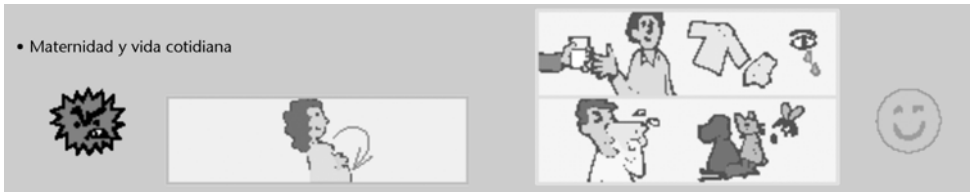
- Prácticas de relaciones sociales (drogadicción, *piercing*, tatuaje, deporte, educación) (figura 10.13).

**Figura 10.13**




- Maternidad y vida cotidiana (figura 10.14).

**Figura 10.14**




- Relaciones sexuales y otros contactos personales (figura 10.15).

**Figura 10.15**

## 2.5. Desarrollo del material de divulgación

De manera complementaria a la concreción específica de los mensajes, se realiza el material de divulgación, que puede estar en diferentes soportes. Para conseguir una campaña eficaz, será importante haber desarrollado con coheren-

cia las fases anteriores, ya que a partir de las conclusiones y elementos que hayamos definido, construiremos el material y el soporte final.

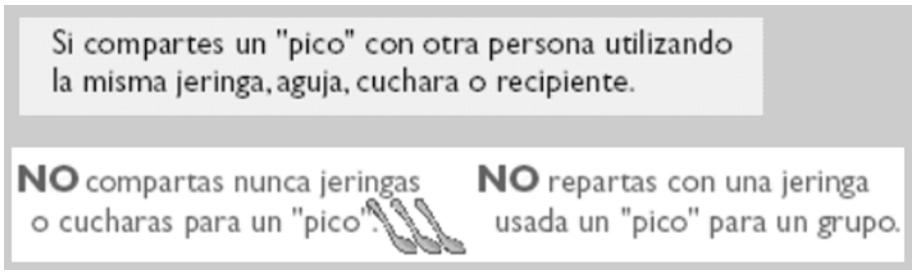
### 2.5.1. Textos

- *Frases breves y de sintaxis simple*. Oraciones simples de titulares concretos y específicos: informar sin ambigüedades (figura 10.16).

**Figura 10.16**

- *Registro lingüístico coloquial*, utilizando incluso el argot del colectivo receptor (figura 10.17).

**Figura 10.17**




- *Tono imperativo sin ser alarmista*, pero indicaciones concretas (figura 10.18).

**Figura 10.18**

- *Analogía del texto y la ilustración* con el fin de intensificar/clarificar el mensaje (figura 10.19).

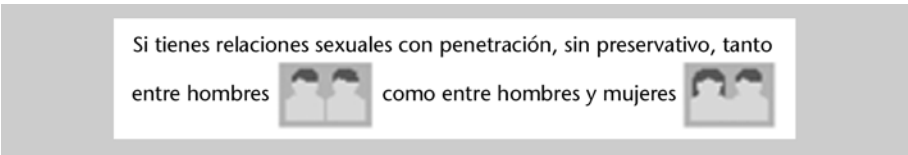
**Figura 10.19**

- *Titulares específicos y concretos* (figura 10.20).

**Figura 10.20**

- *Uso sintáctico del condicional*: colectivo con unas prácticas de riesgo adquiridas (figura 10.21).

**Figura 10.21**



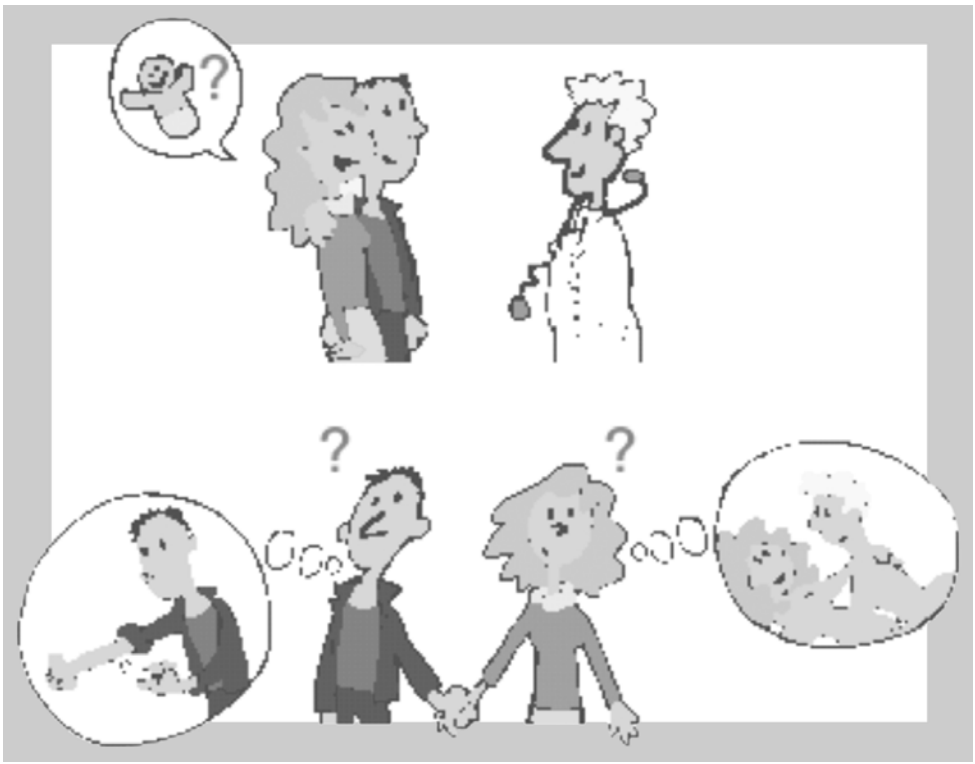
- *Diversidad en la tipología de letras* para destacar mensajes (figura 10.22).

**Figura 10.22**

### 2.5.2. Elementos gráficos

Estética cercana al cómic (figura 10.23).

**Figura 10.23**



- Colores suaves y alegres (figura 10.24).

**Figura 10.24**

- Iconos que llaman la atención sobre las dos actitudes básicas (figura 10.25).

**Figura 10.25**

- Ilustraciones:

– Amables.
– Líneas firmes y limpias.
– Personajes sonrientes y de aspecto saludable.
– Personajes con aspecto e imagen informal (ropa, peinado, actitudes, etc.).
– Relaciones cotidianas.

## 3. Conclusiones

Una buena estrategia en la elaboración del diseño de un material de divulgación garantiza la eficacia desde el punto de vista de la comunicación. La estra-

tegia de elaboración se sustenta en tres aspectos estructurales: *1)* un mensaje adecuado, *2)* a la persona adecuada y *3)* en el momento adecuado.

Un buen comunicador debe garantizar la comunicación viable de un producto determinado, bien sea un producto comercial, una idea, unos valores, un cambio de hábitos, etc. A lo largo de la reflexión expuesta en este artículo sobre los factores y el proceso de una comunicación visual eficaz hemos insistido en dos premisas fundamentales:

- El comunicador debe contribuir a acotar los objetivos de la campaña a fin de optimizar los recursos: con el máximo de eficacia conseguir el máximo resultado.
- En la comunicación debemos considerar el proceso global de elaboración de una campaña como el instrumento que permite al profesional asumir los objetivos planteados. Por lo tanto, las recetas más o menos oportunas sobre la realización artística y de diseño, entendidas de forma aislada y externa al proceso de elaboración, no garantizan ninguna efectividad si no se imbrican en su adecuada articulación dentro del mismo.

Este capítulo ha pretendido esclarecer algunas de las premisas básicas que deben considerarse en divulgación sanitaria. Los diferentes conceptos que aquí sólo hemos esbozado se derivan de las conclusiones extraídas de las campañas de divulgación que hemos realizado y que han obtenido resultados positivos.

Considerar las diferentes fases del proceso que proponemos facilitará al lector criterios útiles para desarrollar o valorar materiales de comunicación y definir la estrategia más adecuada para enfocar los contenidos y el diseño gráfico.

Capítulo XI

# Prensa escrita

Olga Huguet

## 1. Prensa y revista

La divulgación de temas relacionados con la salud se vale de dos importantes instrumentos en los artículos publicados en los medios de comunicación de masas y en las revistas de divulgación. Las características propias de los medios de comunicación favorecen la transmisión de conocimientos, gracias a su gran audiencia y a la inmediatez de su información y aunque no modifican de manera significativa la conducta de los individuos, algunos autores afirman que pueden llevarlos a una sensibilización previa que les haga mucho más permeables a estrategias de medicina preventiva, debido a la presencia continuada de los mensajes.

El término *promoción* empezó a utilizarse en el vocabulario de la salud pública hace unos diez años, al ser adoptado como una de las palabras claves de la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud[1] y, desde entonces, el tema ha sido tratado por diversos autores, que han subrayado la importancia de utilizar los medios de comunicación.

Para los educadores de la salud, estos soportes pueden presentar sin embargo algunos inconvenientes, como pueden ser la falta de precisión, la limitación de espacio y, principalmente, la falta de interés por parte de los lectores, cuando se ha olvidado la concepción de hecho *noticiable* al buscar un enfoque para el tema que se desea divulgar.

Según se desprende de los resultados de varias encuestas, los medios de comunicación son, de forma destacada, los canales de información de mayor inciden-

1. OMS (1987). "Conferencia internacional sobre promoción de la salud. Carta de Ottawa". *Rev. San. Hig. Pub.*

cia en la población, hasta el punto de que más del 25 por ciento de los adultos tienen conocimiento de los avances en materia de salud a través de la lectura de diarios y revistas. Pero no todos los medios actúan sobre el público de la misma manera, ni todos llegan al mismo sector de ciudadanos. Veamos sus diferencias.

Son medios de comunicación social las agencias de información, la televisión, la radio, la prensa escrita (tanto diarios como revistas) el cine, el teatro, Internet, etc., pero prestaremos atención preferente a los que son objeto de este capítulo. Las agencias de información no son más que una fuente para los otros medios y, mientras que la televisión y la radio presentan como principal característica positiva su rápida penetración, tienen en su contra el hecho de que los mensajes que emiten no son perdurables en el tiempo. Así, son los diarios y, sobre todo, las revistas, los que nos permitirán crear ese estado de sensibilización previa a que nos referíamos al principio.

La prensa escrita se ha visto obligada a cambiar en los últimos años como consecuencia de la competencia de los medios audiovisuales. Uno de estos cambios, el que más nos afecta, es la necesidad de especialización, de investigación y, en consecuencia, el tratamiento más profundo de las noticias. Éste es el motivo de que aparezcan cada vez más secciones especializadas y monográficos, también dedicados a sanidad.

Otro aspecto importante que debe ser tenido en cuenta a la hora de decidirnos por un soporte u otro es el tipo de público al que deseamos llegar. En el caso de los diarios, inciden principalmente en el hábitat urbano, y llegan a las manos de un lector fiel, que suele ser un hombre de edad comprendida entre los 20 y los 44 años y de clase media o media alta.

Las revistas, por su parte, ofrecen un espectro algo más amplio que nos permite segmentar con más precisión el público al que nos dirigimos. Un reciente estudio financiado por la Asociación de Revista de Información pone de manifiesto que más del 54 por ciento de los adultos de 14 o más años leen alguna revista, con un perfil de lector tipo que suele ser mujer, de clase alta y media alta y de edad comprendida entre los 14 y los 44 años. Concretamente, las revistas dedicadas a temas de salud son consumidas mayoritariamente por mujeres de clase media y con una edad de 25 a 44 años. Otro punto que debemos tener en cuenta es que las revistas son el medio al que más individuos acuden en busca de información o asesoramiento, siempre según ese mismo estudio.

Una vez analizada la influencia de diarios y revistas como medios de promoción y educación para la salud, debemos aprender cómo rentabilizarlos al máximo en pos de nuestros intereses, y para ello es imprescindible contar con unas nociones básicas sobre lo que se considera un tema noticiable, o, lo que es lo mismo, qué interesa al público al que pretendemos llegar y sensibilizar. Como norma general, diremos que los temas que suscitan más interés son los que tratan de los modos de acceso al sistema sanitario, de los hábitos saludables y de prevención, y de los avances científicos en el tratamiento de enfermedades.

Pero vamos a profundizar en este importante concepto: ¿qué es noticia? En principio, hay que considerar que difícilmente conseguiremos que un medio de comunicación publique algo que les facilitemos si ellos no consideran que es una noticia y que, por lo tanto, podrá interesar a sus lectores. Así, es de suma importancia saber qué es realmente una noticia y cuál es su contenido. Existen multitud de definiciones al respecto elaboradas por estudiosos de la comunicación. En general, todas coinciden en que noticia es todo aquello susceptible de ser motivo de conversación y que escapa de lo habitual.

Profundizando un poco más en este concepto, vemos que la noticia cuenta con dos ingredientes principales: la actualidad y el interés general. La actualidad puede ser primaria (cuando se trata de algo completamente nuevo) o bien secundaria (cuando unos hechos acaecidos hace tiempo se actualizan).

En lo que respecta al interés general, significa que debe satisfacerse una necesidad, un deseo o una curiosidad del destinatario. Pero ¿cuáles son los ingredientes de este interés? Todos los autores están de acuerdo en que son siete:

- *Proximidad*. Es decir, nos interesa todo lo que nos afecta directamente, a nuestro trabajo, a nuestra situación económica, nuestra salud, familia, amigos, pasatiempos, etc.
- *Notoriedad*. Nos llaman más la atención las personas, los lugares y las cosas conocidas y familiares.
- *Rareza*. Lo que ocurre cotidianamente no es noticia.
- *Conflicto*. Que puede surgir entre personas, instituciones o ideas.
- *Suspense*. Es decir, una acumulación de acontecimientos hacia un clímax de final impredecible.
- *Emoción*. Temas que incidan en nuestras emociones, como los llamados de interés humano, que afecten a niños, por ejemplo.

- *Consecuencia*. Es la importancia del hecho de cara al lector, como individuo o en masa. Aquí encajan perfectamente, por ejemplo, los descubrimientos científicos o médicos que afectan a la curación de enfermedades.

Aplicando estos conceptos al ámbito de la educación sanitaria llegaríamos a la conclusión de que son noticia, por ejemplo, estudios que pretendan identificar un nuevo riesgo relacionado con cualquier actividad de la vida diaria, como tomar café, escribir con ordenador, o que un niño lleve al hombro una mochila repleta de libros, etc., así como cualquier estudio que tenga la posibilidad de modificar la práctica médica, como los avances con relación a la lucha contra el sida. Por lo tanto, debemos tener en cuenta que los artículos que queremos divulgar deben contar de antemano con algunos de estos ingredientes. No podemos pretender que los medios de comunicación hagan suya la misión de educar. Lo que esperan es información amena para atraer a los lectores. Misión nuestra es compaginar nuestra tarea con sus intereses.

Sin embargo, no debemos desesperar si nuestro artículo no aparece el día pactado, o en la página donde debería, principalmente si se trata de un diario. Es cierto que en algunas ocasiones nos puede sorprender el camino que siguen los originales que enviamos. Solamente conociendo la forma de trabajar en la industria periodística podremos comprender los medios y, al mismo tiempo, hacer todo aquello que esté en nuestras manos para evitar resultados poco satisfactorios.

Las páginas de que consta un diario no dependen de una decisión caprichosa, ni siquiera de la información del día, sino de la publicidad contratada. Cada periódico tiene una cuota de publicidad por página. Es decir, cuantos menos anunciantes, menos páginas. Y si nuestro artículo no tiene un espacio predeterminado, depende de lo interesante que sea y de muchos otros factores fruto de la casualidad el que se publique un día u otro o en una página u otra. Puede ocurrir perfectamente que nuestro artículo esté, a las cuatro de la tarde en la página tres y ocupando tres columnas más una ilustración y que algún acontecimiento importante acaecido a las cinco ocupe totalmente su lugar o lo desplace al pie de otra página y sin ninguna ilustración. Pero este procedimiento puede también suceder al revés, de forma que un artículo se vea impelido a una página preferente, con titular de gran tamaño. Sin embargo, nuestro interés es que el contenido cumpla la finalidad para la cual lo hemos escrito, independiente-

mente de las vicisitudes que rodeen a su publicación, y de ello vamos a tratar en el próximo apartado.

## 2. Metodología de elaboración de un artículo

Como apuntábamos antes, los mensajes difundidos a través de los medios de comunicación de masas no modifican de manera sustancial los estilos de vida de la población, pero sí es cierto que contribuyen a la mejora de sus conocimientos e incrementan su grado de sensibilización. Estas personas serán después más receptivas al consejo médico educativo. También hemos de tomar en consideración el hecho de que la gente, cuando se acerca a un medio de comunicación, no aspira a cambiar su estructura mental o sus ideales, sino que se propone encontrar dentro del mundo de la actualidad elementos que más bien contribuyan a consolidar convicciones o actitudes ya preestablecidas. Así, nuestro artículo debe ser lo suficientemente atractivo para traspasar estas barreras psicológicas.

Escribir un buen artículo no consiste solamente en ir desgranando ideas hasta llenar el espacio de papel que nos habíamos propuesto, sino que exige unos trabajos previos que pueden ser más extensos que el propio hecho de escribir.

En primer lugar, debemos determinar los objetivos que pretendemos alcanzar. En segundo lugar tenemos que buscar argumentos que nos faciliten llegar a estos objetivos sin cansar, teniendo en cuenta los requisitos que debe tener un escrito para interesar al lector. Una vez concluido este trabajo previo, se deben organizar las ideas de modo que lleguen a configurar un esquema o *esqueleto* que sustentará todo el texto. Por último, ya podemos comenzar a escribir, pero siempre teniendo en cuenta que el estilo y el lenguaje periodísticos son los más apropiados para llamar la atención y mantener el interés de nuestros lectores. Es también sumamente importante un trabajo posterior de análisis del texto, una vez éste haya reposado y nos podamos enfrentar a él como simples lectores.

Gonzalo Martín Vivaldi, en su notorio trabajo *Géneros Periodísticos* cita el siguiente párrafo extraído del capítulo VIII de *Los tónicos de la voluntad*, de Santiago Ramón y Cajal, en el que se refiere a la redacción del trabajo científico:

> "Mr. Billings, sabio bibliotecario de Washington, agobiado por la tarea de clasificar miles de folletos, en donde con diverso estilo, dábanse a conocer casi los mismos hechos, o se exponían verdades ya de antiguo sabidas, aconsejaba a los publicistas científicos la sumisión a las siguientes reglas: '*1)* Tener algo nuevo que decir. *2)* Decirlo. *3)* Callarse en cuanto queda dicho. *4)* Dar a la publicación título y orden adecuados.'
>
> Esta excelente cita resume los pasos a seguir cuando nos enfrentamos a la redacción de cualquier artículo. Pero vamos a analizarlos uno a uno."
>
> S. Ramón y Cajal. *Los tónicos de la voluntad* (cap. VIII). Citado en: G. Martin Vivaldi (1987). *Géneros periodísticos*. Madrid: Editorial Paraninfo.

**1) Qué queremos decir, y a qué público**

Seguro que sabemos perfectamente de qué tema queremos hablar pero, en este primer momento, antes de ponernos ante el papel, es muy probable que no tengamos tan claro cuál es el mensaje principal objeto de divulgación. Pongamos por ejemplo que queremos hablar de la adicción al tabaco. Por supuesto, queremos mencionar los peligros que conlleva para la salud, los mecanismos mediante los cuales se llega a la adicción, las mejores maneras de abandonarla y los beneficios que este abandono tendrá sobre nuestra salud y la de quienes están a nuestro alrededor, a medio y largo plazo. Pero, entre todo esto, ¿sabemos cuál es el mensaje principal (uno sólo) que queremos hacer llegar a través de nuestro escrito? ¿Queremos decir que fumar es nocivo? ¿Que el tabaco es una adicción y como tal hay que tratarlo? ¿Que se puede dejar de fumar? ¿Que si dejamos de fumar, aunque sea tarde, mejoraremos nuestra salud? ¿Que los fumadores pasivos deben defender sus derechos? ¿O acaso queremos decir otra cosa? Ésta es la primera decisión que debemos tomar: escoger el mensaje que creemos más importante para poder estructurar a su alrededor todo nuestro artículo con su inicio, su desenlace y su final.

Como ya apuntábamos al principio, cada medio de comunicación llega a un tipo de lector determinado y, por lo tanto, es de suma importancia, una vez concretado nuestro mensaje, decidir cuál es el canal más apropiado para que éste

llegue a su destinatario. Así, si se trata de un médico, lo más indicado sería utilizar una publicación que cuente con un canal informático, ya que la clase médica es un colectivo cualitativamente muy importante desde el punto de vista del consumo y equipamiento informáticos (un 14% tiene acceso a Internet, frente a un 8% de la población general, según datos de Diario Médico). Asimismo, tanto el personal médico como el de enfermería tienen sus propios canales de información, como las revistas especializadas, publicaciones sindicales, etc., y a través de sus páginas se puede llegar a una parte importante de estos dos colectivos.

En cambio, si lo que nos interesa es tener acceso a la población general, disponemos de dos posibles opciones. Una es la de dirigirnos a públicos muy determinados, para lo que podemos utilizar las posibilidades de segmentación que nos brindan las revistas (para el público juvenil, para el público femenino, personas que practican deportes, etc.), y otro es utilizar los diarios, que, si bien son leídos por un número considerablemente superior de personas, tienen en contra de nuestros intereses la menor definición del *perfil* de lectores. Ésta es la segunda decisión que debemos tomar, y, una vez seleccionado el canal, es conveniente adecuar el estilo de redacción a éste, ya que un artículo para una publicación dirigida a profesionales puede utilizar un tipo de lenguaje más técnico, y en cambio una publicación dirigida al público general debe adecuarse a las normas del lenguaje periodístico que veremos más adelante.

**2) Ordenar nuestras ideas: ¿Quién? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Por qué? ¿Cómo?**

Ahora es el momento de formalizar el esquema o estructura del artículo. Existe un método clásico utilizado por los redactores de noticias de los periódicos que es conveniente dominar, aunque sólo sea para poder aplicar después nuestros propios esquemas más creativos. Es el llamado método de las cinco *W*, por la traducción en inglés de las preguntas ¿quién? ¿qué? ¿cuándo? ¿dónde? ¿por qué? (*Who?, What?, When?, Where?, Why?*). Según este sistema, un buen artículo periodístico debe contestar a esas cinco preguntas para contener toda la información que puede interesar al lector, y el autor debe ser capaz de condensar las respuestas a todos los interrogantes en lo que en lenguaje periodístico se denomina *lead* o introducción al artículo. Siempre según el mismo método, el texto del

artículo debería ir desarrollándose punto por punto, por orden de decreciente importancia.

Profundizando más en el método, otros autores añadieron la pregunta *¿cómo?*, señalando que el texto también tendría que dar respuesta a dicha pregunta. Continuando con el tema del tabaco, un ejemplo simplificado de esta estructura sería el siguiente texto para un *lead*: "El Departamento de Sanidad de la Generalidad de Cataluña *(¿quién?)* ha organizado una campaña *(¿qué?)* para animar a los fumadores a dejar el tabaco *(¿por qué?)* que tiene como aliciente el sorteo de un viaje a Cancún, cinco bicicletas y cinco seguros de vida entre aquellos que se comprometan a dejar este hábito *(¿cómo?)* a partir del próximo 20 de abril *(¿cuándo?)*. Cataluña es la única comunidad autónoma española que participa este año *(¿dónde?)*".

Como vemos, en apenas seis líneas quedan condensadas las respuestas a las seis preguntas, y sólo con leer esta parte del texto cualquiera puede quedar informado del alcance de la campaña. Evidentemente, un artículo de divulgación no tiene por qué responder a un esquema tan rígido; incluso alguna pregunta puede no tener respuesta en un caso concreto, pero es de gran utilidad a la hora de plasmar en un esquema todos los puntos que queremos desarrollar. Si hemos podido concretar las respuestas a estos interrogantes, sea cual sea el tema del que tratemos, el siguiente paso, escribir el artículo, será mucho más fácil, y podremos darle sin ningún problema la estructura y extensión deseadas sin temor a dejarnos algo en el tintero.

**3) Escoger un lenguaje inteligible. Tipos de lenguaje**

Todavía nos queda, sin embargo, otra elección previa. Y es la de escoger el tipo de lenguaje que vamos a utilizar, teniendo en cuenta nuestra situación como emisor, las características del mensaje y el tipo de destinatario. La mayoría de textos de divulgación se escriben en la variedad estándar del lenguaje, es decir, la que corresponde a un ámbito de comunicación público y sin mucha familiaridad entre los interlocutores. También es recomendable evitar que aparezcan tanto construcciones muy complicadas y formales como terminología específica sin explicar, especialmente si el artículo debe ser publicado en un periódico, donde no puede haber tanta terminología como en un artículo sobre el mismo tema para una revista especializada, sino que nos debemos ceñir a los tecnicismos imprescindibles y, además, claramente definidos. El objetivo de nuestro artículo es garantizar que el público al que va dirigido lo entienda.

Los principales errores a evitar son la repetición de nombres, verbos, adjetivos o adverbios, la utilización de palabras abstractas o arcaicas, y el abuso de los verbos ser y estar. Otro punto a cuidar es la coherencia formal. Un texto es coherente desde el punto de vista formal si tiene una estructura clara, una distribución ordenada de capítulos, apartados y párrafos, y una unidad a lo largo de todo el texto de tipos de letra, abreviaciones etc.

**4) Simplificar las oraciones: sujeto, verbo, complemento, punto**

El lenguaje periodístico, a diferencia de otros registros utilizados por profesionales, se caracteriza principalmente por la sencillez en las construcciones gramaticales, lo que ayuda en gran manera a que el texto sea de fácil lectura y atractivo para la mayoría de personas, y aleje la tentación de abandonar su lectura antes del primer punto y aparte.

La principal regla a que nos debemos ceñir es no subordinar oraciones, o hacerlo lo menos posible. La mejor frase para un artículo es la que empieza con un sujeto, seguido del verbo y el complemento, y finaliza para dar paso a otra idea, después de un punto. También la estructura de los párrafos es importante. Hay que dar *respiros* al lector mediante la utilización de punto y aparte en cuanto comenzamos a desarrollar la siguiente idea.

Una vez escrito, el artículo no debería tener una extensión superior a los tres o cinco folios de treinta líneas. Debemos tener en cuenta que un artículo de más de tres folios que no hayamos pactado previamente con el responsable de opinión del medio donde lo queremos publicar, o bien no aparecerá nunca o lo hará *recortado* por los propios responsables de la publicación.

**5) Corregir y proponer el título**

Una vez redactado el artículo es muy útil, si los plazos de entrega lo permiten, distanciarse durante unos días del propio texto, para volver a enfrentarnos a él y revisarlo objetivamente. En este momento de la revisión también es muy importante seguir algunos pasos sistemáticamente:

- Vigilar los signos de puntuación, ya que, muchas veces, añadir o eliminar una coma o un punto puede mejorar el sentido o el ritmo de una frase, y lo mismo ocurre con los guiones o las comillas.
- Comprobar la correlación de los apartados, títulos en el interior del texto, notas y citas.

- Unificar los criterios referidos a abreviaciones, cursivas, mayúsculas y minúsculas, símbolos, etc.

En cuanto al titular, debe ser lo más breve y sintético posible. El mejor momento para pensar en él es al final del proceso de escritura. La razón es obvia: una vez desglosado y analizado a fondo, conocemos tan bien nuestro artículo que podemos extraer su esencia y confeccionar un buen titular.

Es probable que el medio al que hemos enviado nuestro escrito modifique el titular propuesto con el fin de hacerlo más atractivo para sus lectores o más acorde con la línea de su publicación, pero de todas maneras nuestra propuesta les ayudará a decidir el sentido. Una buena opción puede ser también proponer tres o cuatro posibles titulares, para que seleccionen el más adecuado.

**6) La entrada y el final, mención aparte**

La entrada o inicio del articulo puede ser una cita o un resumen, pero debe captar la atención de modo que prácticamente obligue a continuar leyendo. Si no, es probable que un lector apresurado pase rápidamente a otro tema de la misma página que llame más su atención. En cuanto al final, debe incitar a seguir reflexionando sobre el tema, e incluso a comentarlo en alguna sobremesa, para que el efecto sensibilizador de nuestro escrito se vea potenciado.

Siguiendo con el ejemplo de la campaña antitabaco, un buen comienzo sería: "Los fumadores que estén pensando en dejar el tabaco pueden aprovechar la ocasión para tratar de premiarse con el aliciente de un viaje gratis a Cancún…". Y otro, más atrevido pero sin duda también más atractivo, el utilizado por Josep Pernau en *El Periódico* para tratar el tema: "Las organizaciones internacionales más serias también pueden tener ideas estrafalarias. Entre ellas sobresale la campaña de la Organización Mundial de la Salud de incentivar con premios el abandono del hábito de fumar…".[2]

El genial Pernau, que se mostraba poco partidario de este tipo de campañas, finalizaba su artículo con un excelente ejemplo de lo que debe ser un final que incite a hablar del tema: "En la soledad de la travesía atlántica, con tantas horas de vuelo, para el fumador arrepentido el premio se puede convertir en una auténtica tortura. Si no sucumbe a la tentación el premiado habrá demostrado ser un héroe".

2. J. Pernau (1994).

Capítulo XII

# El cómic[1]

Xavier Reverté y Salvador Sáez

## 1. La cuestión del nombre: cómic, historieta, tebeo

- *Cómic*: aunque todos los términos son correctos para designarlo, la forma cómic (también en plural, cómics) es la más aceptada. Proviene del inglés *comic*, ya que las primeras páginas y tiras publicadas en la prensa norteamericana eran de carácter cómico.
- *Historieta* es una palabra usada y defendida por muchos autores, dada su implantación en el lenguaje coloquial y en el culto.
- *Tebeo*. Palabra en recesión. Alude al nombre comercial de una publicación, "TBO", que gracias a su popularidad pasó a designar a las revistas infantiles y, por extensión, al mismo género. Coyunturas históricas y culturales han hecho que tebeo e historieta tengan un significado despectivo para parte de la población.
- *Otras formas*. Además de conocerse al cómic como *el noveno arte*, algunos autores utilizan expresiones descriptivas como *narrativa gráfica*, *literatura dibujada*, *arte secuencial*, etc.

## 2. ¿Qué es el cómic?

El cómic es un arte cuya finalidad consiste en elaborar una narración secuenciada a través de viñetas, dentro de las cuales se representan dibujos (signos icónicos),

1. Las figuras de este capítulo han sido cedidas por Jaime Llacuna Morera.

acompañados generalmente de textos (signos lingüísticos) y manteniendo la interdependencia entre ambos. Hay que añadir a la anterior descripción la naturaleza comunicativa del arte en la sociedad industrial, es decir, su proceso de emisión y recepción. Por ello el cómic es, además, un medio de expresión y de comunicación de masas, al igual que lo son la prensa, el cine, la televisión, etc.

## 2.1. Introducción histórica

**1) Antecedentes**

Aunque algunos historiadores han querido ver en la historia de las artes plásticas reminiscencias que nos llevarían hasta el paleolítico, los antecedentes claros del cómic no aparecen hasta el siglo XVIII. Se trata de aleluyas, romances de ciego y *aucas* en los que se representan historias secuenciadas y acompañadas de textos explicativos. El siglo XIX continua esta tradición, especialmente con los artistas grabadores. El francés Gustavo Doré es uno de los máximos exponentes de esa época.

Por otro lado (y antes de la incorporación de la fotografía), en los periódicos y gacetas van ganando espacio y popularidad las ilustraciones, que potencian cada vez en mayor medida las series de imágenes interrelacionadas, así como las caricaturas de personajes famosos, que posteriormente influirán en el desarrollo del lenguaje y de la estética de la historieta.

**2) Los precursores**

En 1833 se publica lo que ya es claramente un cómic, *Histoire de Mr. Jabot*, del pedagogo y dibujante suizo Rodolphe Töpffer. Cabe hablar de cómic primitivo, en el que aún no han sido incorporados algunos de los elementos definitorios del medio, ni siquiera los globos. Sin embargo, el mismo Töpffer sienta las bases teóricas de lo que él considera un nuevo medio de expresión que aúna dibujo y literatura en su *Essai de Physiognomonie*. Otro autor muy popular emparentado con el pre-cómic es el alemán Wilhelm Busch, que en 1865 empieza a publicar una serie referencial, *Max und Moritz*.

**3) La eclosión industrial**

En las dos últimas décadas del siglo XIX los avances en las técnicas de reproducción dan un salto notorio: las modernas rotativas imprimen mejor y más cantidad en menos tiempo. Se empieza a imprimir en color. Los principales periódicos sensacionalistas de Norteamérica libran una guerra comercial con sus tiradas de cientos de miles de ejemplares. En especial destacan dos grandes empresarios de prensa rivales, Joseph Pulitzer (creador del premio periodístico que lleva su nombre) y William Randolph Hearst (inspirador del film *Citizen Kane*, de Orson Welles). Ambos magnates, con el fin de atraer lectores, sobre todo inmigrantes de bajo nivel de lectura de la lengua inglesa, dan preeminencia y popularizan el humor gráfico en sus suplementos dominicales. Este contexto se desarrolla en los últimos años del siglo.

Muchos historiadores señalan 1896 como el año del nacimiento del cómic, y *The Yellow Kid* como su primer personaje. De hecho, en 1996 se celebró su centenario, no sin cierta polémica por parte de quienes afirman que el cómic nació en Europa mucho antes, como se ha afirmado más arriba. Cabe hablar, por tanto, de 1896 (o de los últimos años del siglo XIX) como fecha de nacimiento del cómic como industria, aunque no como lenguaje artístico.

**4) La eclosión artística**

Cierto es que Richard Felton Outcault, autor del *Yellow Kid*, integra ya en sus *planchas* (páginas) la mayoría de los elementos que conforman el lenguaje de los cómics, elementos que otros autores precursores habían ido aportando de manera individual y no cohesionada. Sin embargo, hasta los primeros años del siglo XX no puede hablarse de un lenguaje unificado y normalizado, cuyo apogeo llega con el dibujante Winsor McCay, de quien puede decirse que fue el autor de la *gramática* de los cómics. McCay, en la primera década del siglo, incorpora ya todos los elementos (algunos adoptados después por el cine) que sentarán las bases para la evolución del cómic.

**5) El siglo XX**

El éxito de las páginas dominicales de carácter cómico y con personajes fijos de finales del XIX hace que la aún incipiente industria norteamericana cree en 1904 las *daily strips* (tiras diarias). Con menor cantidad de viñetas que las páginas, pero de publicación diaria, la tira permite una serialización (1910), resuelta con la fórmula

del *continuará mañana*. Una fórmula usada en las tiras del género de aventuras, aunque casi nunca en las cómicas, que presentan un *gag* autoconclusivo.

A principios de la década de los treinta el cómic se independiza de la prensa diaria. Aparecen los *comic books,* revistas de historietas, al principio destinadas a recopilar tiras y páginas ya publicadas en otros medios, y después a ofrecer episodios inéditos, fórmula ésta que se consolida con la aparición de las aventuras de *Superman* (1938).

**6) La expansión**

A la época que va desde 1930 hasta mediados de la década siguiente se le ha llamado *la edad de oro* del cómic norteamericano. Ciertamente, la historieta alcanza su madurez artística, no sólo en el aspecto gráfico, sino también en el literario, gracias a la introducción del guionista, hasta entonces casi inexistente, ya que el dibujante era, también, autor del argumento y los diálogos. Esta distribución del trabajo que crea la figura del guionista, impuesta por la industria, habría de redundar en la calidad del cómic.

La *edad de oro* coincide con la consolidación o creación de la industria en el resto de las zonas capitalistas más desarrolladas, destacando Gran Bretaña, Francia, Bélgica, Italia, España, México y Argentina. En los países con regímenes totalitarios la historieta sufrió el dirigismo del poder, que lo utilizó como medio de formación y de manipulación de masas. Aunque cierto grado de manipulación, más sutil, también se daba –y se da– en los cómics *capitalistas*, sin olvidar su uso como propaganda de guerra, que afectó a los guiones de los cómics producidos en los países aliados durante la Segunda Guerra Mundial. Un referente que ha sido utilizado con posterioridad.

**7) Después de la Segunda Guerra Mundial**

Hacia mediados del siglo XX el cómic ya se ha popularizado a nivel mundial, y su gran producción se manifiesta en una pérdida paulatina de calidad, que se recupera, en parte, en la década de los sesenta, gracias al movimiento *underground* y contestatario aparecido en Norteamérica y posteriormente en Europa, que introduce estéticas vanguardistas y experimentales en la parte gráfica, y novedosas temáticas sociales, culturales y morales en la parte literaria. No es ajena a esta revalorización la posición de cierta intelectualidad, que en sus escritos otorga al cómic un estatus de arte con mayúsculas, equiparándolo al cine o a la música popular.

A partir de la década de los ochenta, el mercantilismo de la cultura absorbe totalmente al cómic. A la supremacía de la industria norteamericana se suma la de Japón, en la actualidad máximo consumidor del mundo, copando ambas industrias el 90% de la producción mundial, lo cual influye en el eclipsamiento de las otras potencias industriales, básicamente las europeas, ya prácticamente desaparecidas.

El resultado de esta circunstancia es una creciente pérdida de calidad literaria (aunque no gráfica), en beneficio de una ingente cantidad de productos pseudoculturales, dirigidos casi en su totalidad a un público infantil y juvenil. Sólo una ínfima parte de la producción historietística de finales del siglo XX puede considerarse de calidad aceptable, lo que podríamos llamar *cómic de autor*.

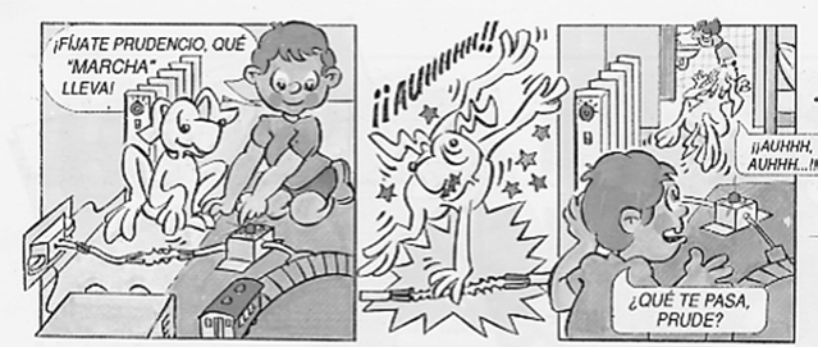
## 3. El lenguaje del cómic

El cómic posee un lenguaje propio, formado por una gran variedad de elementos y signos. Algunos de ellos provienen o son compartidos con otras artes, y otros son exclusivos.

**1) La viñeta**

Es un espacio limitado que puede contener dibujos, textos, o ambos a la vez. Puede adquirir cualquier forma, aunque suele ser cuadrada o rectangular. Generalmente está delimitada por una línea, aunque también puede no estarlo, lo cual no impide que la viñeta siga existiendo (figura 12.1).

**Figura 12.1.** ¿Está Prudencio en una viñeta? Sí.



La función de la viñeta es la de contener la representación de una acción –o una descripción– en un espacio y un tiempo concretos.

**Figura 12.2.** Cambio de espacio y tiempo.

De la lectura de las sucesivas viñetas se va deduciendo el paso del tiempo, los cambios de escenario y, con ello, la comprensión del relato.

**2) El globo**

El globo (también llamado *bocadillo*) es otro espacio limitado, pero integrado en la viñeta. Aunque esté dibujado fuera de los límites de esta, sigue formando parte de ella. Al igual que la viñeta, el globo puede estar delimitado, o no, por una línea, y su perímetro adquiere formas aún más diversas que la viñeta. La parte más importante del globo es el delta (o *rabillo*), que indica el lugar del que procede el mensaje contenido en él.

El delta, y también el propio globo, tienen distintos significados según sea su forma y delimitación: un rabillo en forma de circulitos indica que un personaje está pensando o soñando (figura 12.3); un globo delimitado por una línea quebrada puede indicar un sonido procedente de un artefacto, un grito, etc. (figura 12.4); un globo cuyo delta apunta a la línea que delimita la viñeta indica que el mensaje proviene de alguien o algo que no vemos. A este recurso se le llama *voz en off* (figura 12.5), etc.

**Figura 12.3**

Los pensamientos de...

**Figura 12.4**

Niño gritando.

**Figura 12.5**

Voz en *off* de los padres. dirigiéndose al hijo.

La función del globo es la de contener los mensajes (por lo general verbales, pero también gráficos) emitidos por personas, animales u objetos.

**3) El encuadre**

Es la distancia aparente desde la que vemos el contenido de la viñeta, o más propiamente, los personajes, puesto que la nomenclatura del encuadre, que proviene del cine, utiliza el cuerpo humano como referencia. Así, se llama plano entero cuando se representa la totalidad del cuerpo (figura 12.6); plano tres cuartos (o *plano americano*), cuando se representa desde la cabeza hasta las rodillas (figura 12.7) y plano medio, cuando se representa desde la cabeza hasta la cintura (figura 12.8).

**Figura 12.6**

Plano entero.

**Figura 12.7**

Plano de tres cuartos.

**Figura 12.8**

Plano medio corto.

Primer plano, cuando se representa desde la cabeza hasta los hombros (figura 12.9). También existen el plano detalle, cuando se representa algo a destacar: una mano, unos ojos (figura 12.10); pero también un cuerpo u objeto pequeño: un teléfono, una mosca; y el plano general (o *plano panorámico*).

**Figura 12.9.** Primer plano.

**Figura 12.10.** Muestra de la etiqueta de una botella en un plano detalle.

La aplicación de esta terminología no es rígida: la representación de un cuerpo desde la cabeza hasta más abajo de las rodillas puede ser considerada como un plano tres cuartos *largo* o como un plano entero *corto*.

El encuadre tiene funciones descriptivas, narrativas, estéticas y psicológicas (mostrar escenarios y ubicaciones, destacar elementos, dar fuerza dramática, evitar la monotonía en la lectura).

**4) La angulación**

Es el lugar aparente desde el que vemos los personajes u objetos representados en la viñeta. Así, en un ángulo horizontal, vemos a un personaje desde un punto de vista convencional, cara a cara (figura 12.11). En un ángulo picado vemos a un personaje desde arriba (figura 12.12), y en un ángulo contrapicado, desde abajo (figura 12.13), etc. En la angulación también se usa como referencia la línea del horizonte, pudiendo ésta estar a la altura de los ojos del lector, por encima de ellos o por debajo. Obviamente, los tipos de angulación, es decir, los ángulos de visión posibles son infinitos. Las funciones de la angulación son las mismas que las del encuadre.

**Figura 12.11**

Ángulo horizontal.

**Figura 12.12**

Ángulo picado.

**Figura 12.13**

Contrapicado.

**5) El signo cinético**

Más conocido como *línea cinética*. Se trata de líneas, rectas o curvas, abiertas o cerradas. Su función es la de indicar o realzar el movimiento, la trayectoria y la velocidad (figura 12.14).

**Figura 12.14.** Las líneas cinéticas describen movimiento con cuchillo.

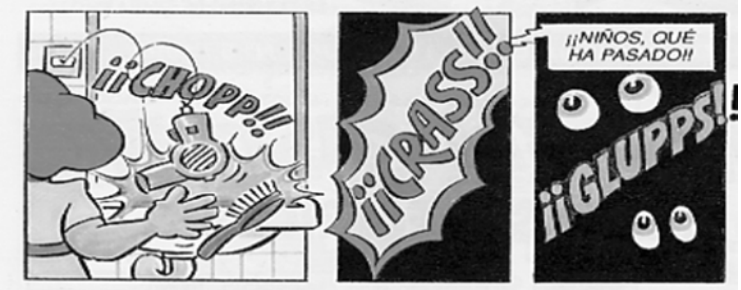
**6) La onomatopeya**

Formada por signos verbales (una o más palabras), generalmente con un tratamiento tipográfico especial, lo que le añade significado gráfico. Por esta razón (al contrario de lo que ocurre con los textos *normales* de los globos), no se traducen a otras lenguas. Durante las primeras décadas del siglo XX, las poderosas agencias norteamericanas de cómics vendían sus derechos de reproducción a muchos otros países, ninguno de los cuales –ni siquiera en Europa– tenía aún una indus-

tria autóctona del cómic capaz de hacer frente a la de los Estados Unidos. Este colonialismo cultural provocó un mimetismo en los lectores y los creadores del resto del mundo, que leían los textos traducidos, pero no las onomatopeyas. De ahí que la mayoría de ellas sean en inglés (*bang, boom, ring, crash*).

La función de la onomatopeya es la de representar verbalmente sonidos y ruidos emitidos por animales y artefactos de cualquier índole (figura 12.15).

**Figura 12.15.** Diversas onomatopeyas.




**7) El signo sensitivo**

Más conocido como *sensograma*. Su expresión gráfica es similar a la de la línea cinética. Su función es la de indicar o realzar sensaciones tanto físicas, como psíquicas (figura 12.16).

**Figura 12.16.** Los sensogramas enfatizan actitudes o gestos.

**8) La metáfora visual**

Puede estar formada por uno o más signos gráficos (a veces también verbales). Su función es la de suplir o reforzar conceptos narrativos o expresivos, por lo común diálogos, pensamientos o sensaciones de los personajes (figuras 12.17 y 12.18).

**Figuras 12.17** y **12.18.** Metáforas visuales:
"ver las estrella" "tener una idea".

Forman parte del lenguaje del cómic y merecen destacarse por su importancia, diferentes elementos como la gestualidad de los personajes (especialmente la expresividad de cara y manos); los arquetipos simbólicos de personajes, objetos o conceptos; y la tipografía (tamaño, forma y disposición de las letras que forman los mensajes verbales y las onomatopeyas).

## 4. ¿Cómo se hace un cómic?

Hablemos del proceso de elaboración. Aunque parezca una perogrullada, hay que recordar que antes de dibujar un cómic es preciso elaborar el guión. A partir de la idea que se va a desarrollar, se realiza un pre-guión literario esquemático y después el guión propiamente dicho, dividido en dos vertientes: una literaria, en la que se incluyen los textos que conformarán los diálogos de los personajes y los textos narrativos, si los hay, teniendo en cuenta que los diálogos deben ser lo más sintéticos posible, de manera que se explique con los diálogos aquello que no pueda *explicarse* a través del dibujo. Y otra vertiente técnica, desglosada en escenas o viñetas y páginas. He aquí un ejemplo de una secuencia a la que se ha añadido un elemento humorístico.

El proceso gráfico consta de los siguientes pasos, por este orden: *1)* buscar la documentación gráfica necesaria; *2)* estudio (bocetos) de las características físicas y psicológicas de los personajes; *3)* esbozo de las páginas, divididas en viñetas, y del contenido de éstas; *4)* dibujo a lápiz; entintado; *5)* coloreado (si lo hay); 6) rotulado de los textos; *7)* retoques finales.

Téngase en cuenta que habrá que trabajar en equipo si el guión y el dibujo no han sido creados por la misma persona. También deberán incorporarse ciertos parámetros publicitarios, ya que, en nuestro caso, se tratará de un trabajo didáctico.

**1) Algunos consejos**

Hemos definido y hablado del cómic desde una perspectiva lúdica. Sin embargo, desde sus orígenes, la historieta ha tenido una utilidad didáctica. Gracias a su universalización y su doble código gráfico y lingüístico, fácil y rápidamente comprensible, el lenguaje del cómic forma parte de nuestra vida cotidiana, desde el manual de instrucciones de un electrodoméstico hasta la educación escolar, donde se usa como material pedagógico. En el caso que nos ocupa, promoción y educación para la salud, hay que tener en cuenta los siguientes consejos.

- Los personajes dibujados deben ser arquetipos de las personas a quienes va dirigido el mensaje, a fin de que éstas se identifiquen con facilidad. Cuidado: la aparición excesiva de personajes representando a profesionales de la sanidad puede tener a veces efectos negativos (amedrentación, paternalismo).
- A pesar de tratarse de historietas didácticas y por tanto, descriptivas (lo cual presupone una narratividad prescindible), éstas mejorarán si tienen un mínimo argumento, a fin de eliminar la posible sensación de un encadenado de viñetas sucesivas sin hilo conductor.
- Es preferible que los textos sean dialogados, que los personajes *hablen*, a que dichos textos sean meramente descriptivos. Los textos deben ser escuetos, claros, directos y asertivos, alejándose, en lo posible, de tecnicismos, tanto más dependiendo del sector de población a quien va destinado el mensaje, (alumnos de educación primaria, colectivos de la tercera edad, colectivos marginados).
- Se actuará igual en la parte gráfica, exceptuando los dibujos que, por su importancia, deban ser efectuados con detalle. Si promocionamos la higiene bucal, los dibujos de boca, dientes, encías o instrumental de limpieza, han de ser detallistas, incluso incidiendo en los planos detalle, aunque eliminando fondos innecesarios y barroquismo en la ejecución gráfica.
- El cómic ofrece grandes –y baratas– posibilidades en los *efectos especiales* y en todo aquello que podamos tildar de fantasioso. Así ocurre con la antropo-

morfización. Virus, bacterias, hongos, glóbulos de la sangre y espermatozoides pueden cobrar vida propia, dotándose de rostro, brazos, piernas y, sobre todo, capacidad de hablar, asumiendo sus roles correspondientes como "malos" o "buenos de la película". No hay que circunscribirse a organismos vivos. También puede hablar y tener ojos una jeringa o una aspirina.

- Siguiendo con los efectos especiales, las venas pueden convertirse en túneles de metro, con sus enlaces con otras estaciones y líneas. Los distintos elementos que circulan por las venas pueden ser los pasajeros, a los que se suman otros pasajeros, amigos o indeseables. El bolo alimenticio puede ser un excursionista que viaja por todo el sistema digestivo, explicando los maravillosos paisajes que va encontrando en su camino, etc.
- Las contraposiciones son atrayentes y didácticamente muy efectivas. Es el clásico, "lo que hay que hacer y lo que no hay que hacer", o "lo que está bien y lo que está mal", que podemos resolver literariamente (indicar "mal" ante una acción negativa) o gráficamente (tachando con una aspa una acción negativa).
- El conjunto debe ser atractivo e incitar a la lectura desde las primeras imágenes. Por esta razón, no estará de más introducir elementos humorísticos, que además de hacer la lectura más divertida, pueden aportar un toque desdramatizador, cuando el tema lo requiera.

Capítulo XIII

# El programa radiofónico

Carles Aguilar

Hoy en día los medios de comunicación son una referencia incuestionable en nuestro entorno social. A las puertas del siglo XXI, con las tecnologías multimedia ya prácticamente al alcance de todos, los diferentes medios se están adaptando y empiezan a beneficiarse de las ventajas y nuevas posibilidades que éstas ofrecen.

Cuando hablamos del mundo de la comunicación en el siglo XXI, sin duda hemos de referirnos a Internet, la red mundial interactiva que está cambiando la forma de entender, a diferentes niveles, las relaciones personales, comerciales e incluso políticas. Pero cuando hablamos de este autentico estallido multimedia, de esta revolución tecnológica, no queremos decir en absoluto, que esto suponga una rotura irreversible con aquellos medios de comunicación clásicos, de toda la vida. En ningún caso estos medios de comunicación perderán vigencia alguna, antes bien podrán complementarse y enriquecerse mutuamente. La televisión, la radio, la prensa, seguirán siendo instrumentos útiles e indispensables en el nuevo milenio. Quizás puedan variar el formato, la estructura, pero la inmediatez, la credibilidad, la calidad informativa o el espíritu divulgativo siempre estarán presentes.

## 1. Internet y la radio

Actualmente, en Internet, cada vez son más las emisoras de radiodifusión que van incorporando a la red su sitio web donde no sólo se tiene acceso a in-

formación sobre sus distintas programaciones, contenidos, profesionales y expertos que intervienen, sino que además y mediante estas nuevas tecnologías, puede escucharse en directo o previamente grabado, aquel programa que nos interesa e incluso copiar digitalmente los contenidos temáticos que consideremos oportunos.

Por tanto, la radio es una muestra fehaciente de la progresiva simbiosis entre los medios de comunicación tradicionales y las nuevas tecnologías. La radio no ha perdido vigencia; al contrario, sigue siendo uno de los medios de comunicación con un potencial de captación de audiencia más elevado y no ha perdido ninguna de sus virtudes, como la inmediatez informativa o su contrastada credibilidad. Además, la radio se puede escuchar mientras desarrollamos cualquier otra actividad profesional, lúdica o doméstica, lo que la convierte en el medio de comunicación preferente para millones de ciudadanos.

## 2. La radio especializada

La radio actual permite una diversa variedad temática. Las programaciones de las emisoras cubren prácticamente todo el abanico de contenidos que pueden interesar a los oyentes. Los profesionales que trabajan en ella siempre se han distinguido especialmente por su dedicación y vocación contrastada. De esta manera podemos decir que la radio tiene su futuro asegurado, pero ¿cuál será su evolución? ¿Habrá cambios significativos o por el contrario las variaciones serán mínimas? ¿Existe algún indicio, alguna nueva vía que podamos seguir, alguna propuesta que podamos analizar?

Nosotros creemos que la radio, o al menos una parte de su futuro, pasa por la especialización, concepto que no es nuevo, pero que en nuestro país aún no se ha consolidado suficientemente, debido, en principio, a aspectos comerciales que más adelante analizaremos. Antes decíamos que una de las virtudes de la radio es la capacidad para fidelizar a la audiencia, basándose sobre todo en su credibilidad y en el hecho de que ofrece un potencial divulgativo que aún no se ha aprovechado en toda su amplitud.

Nuestra apuesta va encaminada hacía la radio especializada, al estilo de los canales temáticos de televisión, pero quizá el primer paso antes de alcanzar estos niveles es el de crear y consolidar programas de radio monográficos de carácter informativo y divulgativo, capaces de dar respuesta a aquellos sectores de audiencia interesados por las temáticas que se aborden. Programas de radio especializados que dispongan de un abanico de profesionales con espíritu de servicio y con los medios a su alcance para facilitar el acceso inmediato de los oyentes a nivel de resolver dudas, aclarar conceptos, recoger propuestas, etc. Es decir, potenciar al máximo la utilidad del teléfono, el fax y el correo electrónico.

## 3. Área de consulta

### 3.1. ¿Por qué un programa de radio especializado en promoción y educación para la salud?

Con esta filosofía se creo *Área de Consulta*,[1] programa de radio que recoge y desarrolla los conceptos hasta ahora comentados. Desde hace ocho años hasta hoy, *Área de Consulta* se ha convertido en una experiencia radiofónica pionera en Cataluña, en calidad de programa especializado en promoción y educación para la salud. Un programa que ha sido reconocido de interés ciudadano, que ha recibido diferentes reconocimientos, tanto públicos como privados, que ha superado una serie de dificultades, debidas principalmente al hecho de que hoy día la radio (especialmente la radio especializada de carácter divulgativo) debe obtener el soporte económico suficiente para su supervivencia, es decir, ha de contar con unos patrocinadores que asuman los costes que el programa origina y que lo hagan rentable para la emisora que lo acoge.

De esta manera, a través de la experiencia de *Área de Consulta*, tenemos un camino abierto, una línea que se puede seguir, en proceso de consolidación, la cual se mantendrá con esfuerzo, voluntad y esperando que las circunstancias permitan al-

1. Nota: El Dr. Rafel Guayta recibió el Premio *Jaume Aiguadé y Miró 1995* de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares por la labor de educación sanitaria desarrollada desde el programa *Área de Consulta*.

canzar el objetivo previsto. Así, explicaremos a partir de lo expuesto el proceso de creación, desarrollo, estructura y proyección de un programa radiofónico especializado, de carácter divulgativo, con espíritu de servicio público y centrado en la educación y promoción de la salud.

Desde el primer momento se decidió que uno de los parámetros más demostrativos de la calidad de vida de un país es el nivel de salud de que disfrutan los ciudadanos y, en relación directa, los estilos de vida saludables que éstos desarrollan en base a la educación sanitaria adquirida a través de diferentes vías: la educación en la escuela, la formación profesional, el interés personal, las campañas administrativas, etc. Por otra parte, la salud es un referente de interés general que afecta a todos y que ofrece un abanico de posibilidades temáticas prácticamente inagotables, las cuales ofrecen a nivel divulgativo el suficiente atractivo como para captar la atención de la audiencia.

A partir de aquí y con estas bases establecidas, ¿cómo dar estructura radiofónica al programa para dotarle de una personalidad definida y de espacios específicos englobados en el contexto general? ¿Cómo se pueden transmitir según qué conceptos médicos, a veces complejos y con un lenguaje técnico no siempre al alcance del oyente? ¿Cómo hacerlo de forma asequible con el fin de implicar al máximo a los destinatarios de nuestro programa? ¿Qué orden de preferencia establecer en el momento de elegir los contenidos que se irán desarrollando en los micrófonos del programa? ¿En base a qué criterios?

Éstos fueron algunos de los retos que nos planteamos en un principio, pero sin lugar a dudas todo eso no hubiese sido posible sin la colaboración de un equipo multidisciplinar de profesionales de la salud que entendiese que la divulgación radiofónica es un instrumento sumamente útil en la promoción y educación para la salud. Además, un aspecto determinante para la consecución de este objetivo fue la predisposición de la Administración catalana, a través del Departamento de Sanidad, al creer en la utilidad del proyecto *Área de Consulta* y apoyarlo enérgicamente.

### 3.2. Estructura y funcionamiento

Al inicio del programa se diseñó una estructura que permitiese mantener un ritmo, una dinámica ágil y adaptada al contenido de los diferentes espacios. Dentro

del concepto de programa especializado en educación y promoción de la salud, se pensó que sería interesante evitar un espacio monotemático en cada una de sus diferentes ediciones para no caer, de alguna forma, en una cierta rutina durante la emisión, ya que, como antes comentábamos, la temática de la salud permite jugar con una gran variedad de posibilidades.

A continuación expondremos en qué consiste cada uno de estos espacios, cómo se desarrollan y cuáles son sus fuentes de información. Además profundizaremos en las diferentes funciones que realizan los componentes del programa y explicaremos cómo trabajan en sus respectivas parcelas.

*Área de Consulta* está estructurado de la siguiente forma y en base a este orden de emisión:

**1)** La noticia
**2)** Tema de fondo
**3)** Entrevistas y debates
**4)** Participación de los oyentes
**5)** Resumen de la semana

### 3.2.1. La noticia

*Área de Consulta* se inicia con *La Noticia*, que, a modo de introducción, informa al oyente de un hecho, suceso o noticia de alcance de máxima actualidad, dando preferencia a aquellos temas relacionados con la salud, el consumo, el medio ambiente y la calidad de vida. *La Noticia* se sitúa en el contexto social o humano más cercano a la audiencia y deja en el aire una valoración de su posible repercusión para los oyentes. Esta noticia puede generar, en función de su interés o trascendencia, entrevistas o debates posteriores con personas, profesionales o colectivos implicados, con la finalidad de clarificar el tema en beneficio de la información al oyente.

### 3.2.2. Tema de fondo

Es un espacio que se realiza de lunes a viernes y que, basándose siempre en referencias de actualidad, escoge una temática de alcance que es planteada al

oyente con la máxima amplitud de detalles, permitiendo que éste valore la información y se sienta, no sólo interesado, sino potencialmente implicado en el tema.

En el transcurso de la semana, a través del contestador automático, se invita cada día a los oyentes a manifestar y registrar libremente su opinión. Al final, con las llamadas que resultan más significativas, se realiza un montaje de referencia de todas las opiniones recibidas y, como consecuencia, la semana siguiente se ofrece un debate en directo con diferentes profesionales, expertos, representantes de las administraciones, etc., que desarrollan, valoran y contrastan los diversos temas expuestos, además de aportar sus propios argumentos.

### 3.2.3. Entrevistas y debates

Uno de los elementos básicos de *Área de Consulta* son las diferentes entrevistas en directo y en el estudio, siempre con invitados plenamente cualificados, que profundizan en todos aquellos temas que diariamente interesan a los ciudadanos en los ámbitos antes expresados. Las entrevistas pueden ser monográficas o de diversos contenidos y, en función de las cuestiones que traten, pueden convertirse en mesas redondas o en debates abiertos con diferentes invitados.

Considerando la inmediatez de determinadas noticias, las entrevistas también pueden resolverse telefónicamente.

### 3.2.4. Participación de los oyentes

La filosofía esencial de *Área de Consulta* es acercar a los oyentes los temas y problemáticas cotidianas brindándoles, a través de las intervenciones de los expertos y profesionales que acuden periódicamente al programa, una visión más próxima y objetiva de sus diferentes contenidos, potenciando así el interés por participar activamente. Por tanto, en todas las ediciones del programa se ofrece a los oyentes tanto el correo electrónico y el fax como las líneas telefónicas de acceso directo para recibir opiniones, resolver dudas o contrastar todo lo que se afirme.

Por otra parte, los oyentes pueden hacer llegar sus sugerencias y propuestas sobre temas de interés colectivo, las cuales serán valoradas y abordadas en espacios posteriores.

### 3.2.5. Resumen de la semana

Es un espacio informativo que, todos los viernes, se hace eco de las diferentes noticias producidas en el transcurso de la semana. Se ofrece un resumen, a modo de sinopsis, de las últimas noticias de actualidad, centrando el interés en aquellos aspectos que caracterizan la filosofía del programa.

El resumen de la emana ofrece también la posibilidad de reflejar otras noticias o acontecimientos que, por diversas circunstancias, han quedado fuera de tratamiento en los contenidos de la semana en curso.

Para la realización de un programa de las características de *Área de Consulta* es obvio que se necesita la colaboración de una serie de profesionales organizados convenientemente para dar forma a los diferentes contenidos. El equipo está compuesto por el director, que en este caso es también presentador, dos productoras-redactoras, dos estudiantes en prácticas, un técnico de sonido responsable de la sincronización y montaje de audio y un experto en informática y creación de páginas web.

La dirección del programa se encarga de seleccionar los diferentes contenidos en base al criterio establecido, o bien a través de las propuestas del equipo de redacción. Las principales fuentes de información proceden de varios medios: fundamentalmente la prensa diaria, de donde se extraen las noticias de más inmediata actualidad, las revistas especializadas, en cada una de las temáticas del programa, los teletipos de las diferentes agencias de noticias y los comunicados de prensa de organismos tanto públicos como privados, así como los diferentes colectivos y asociaciones que desarrollan su trabajo en alguna de las líneas anteriormente referidas.

A partir del momento en que quedan definidos los contenidos diarios del programa, cada uno de ellos se ubica en la sección correspondiente, recibiendo el tratamiento de texto adecuado para ajustarlo a la filosofía de dicha sección, tras los comentarios y valoraciones oportunos de la redacción y la dirección del programa.

Por lo que se refiere a los colaboradores externos, tanto fijos como eventuales, que participan de forma habitual en el programa en calidad de expertos o profesionales en las diferentes materias tratadas, el equipo de producción tiene asignada como una de sus tareas cotidianas la función de localizarlos y planificar sus respectivas intervenciones en el programa, así como comentar sus contenidos con el fin de adaptarlos a las directrices establecidas.

La mayoría de las intervenciones de los invitados se realizan en directo, pero en ocasiones, debido a cuestiones profesionales o personales, determinadas entrevistas son grabadas previamente, por lo que el equipo de producción-redacción debe tener siempre presente esta posibilidad.

Otro de los aspectos funcionales más interesantes del programa es el hecho de que los espacios anteriormente definidos están separados, en cuanto a su emisión, por diferentes indicativos que se utilizan como entrada y salida de los mismos y cuyo formato radiofónico está compuesto por varias grabaciones con distintas voces y mensajes que se utilizan periódicamente. Por tanto, los indicativos del programa, además de la utilidad antes reseñada, suponen también una identificación sonora en relación a la audiencia.

Otro aspecto importante es el fondo musical presente en todos los espacios del programa. Para tal fin se utiliza música instrumental seleccionada previamente que aporta dinamismo en un segundo plano, tras las voces del entrevistador y el entrevistado, sirviendo además de elemento ornamental. *Área de Consulta* mantiene desde el inicio de sus emisiones una sintonía que indica el inicio del programa y avanza el sumario del día. Dicha sintonía es una señal de identidad inequívoca del programa.

## 4. Área de Consulta en Internet

- http://welcome.to/areadeconsulta
- e-mail: areadeconsulta@compuserve.com

En la primera parte de este capítulo ya hacíamos diversas consideraciones respecto de a relación existente entre Internet, los medios de comunicación y la radio. A partir de aquí y siguiendo con la misma declaración de principios que define la

vocación divulgativa de *Área de Consulta*, el programa dispone de un sitio web en Internet, estructurado de manera que su funcionalidad permite a cualquier navegante que visite la web hacerse una idea completa de la filosofía del programa, así como de sus contenidos. En este caso, no sólo en relación con la promoción y educación para la salud, sino también con los ejes temáticos complementarios, como el medio ambiente y el consumo.

La web de *Área de Consulta* además está ilustrada con imágenes, tanto estáticas como móviles, que potencian la dinámica del recorrido. También hay que indicar que dicha web está conectada (*link)* con otras webs de diferentes entidades, asociaciones, colectivos, Administración, etc., relacionados con sus contenidos y que, de esta forma, ofrece una interactividad a diferentes niveles. Otra de las características operativas destacables por su utilidad es el correo electrónico, que permite una comunicación directa con los oyentes del programa y con el resto de interesados, tanto para atender dudas, consultas, sugerencias y propuestas como para intercambio de información.

Para potenciar al máximo el acceso y su utilidad complementaria como medio de información y divulgación de los contenidos del programa, la web de *Área de Consulta* está incluida en los llamados buscadores de Internet, tanto en España como en el resto del mundo. Además, sus contenidos pueden consultarse en cuatro idiomas: catalán, castellano, inglés y francés. Debe indicarse también que la web del programa se actualiza periódicamente, incorporando las variaciones que puedan producirse, así como las mejoras de diseño y funcionalidad necesarias.

Por último, como puede deducirse a partir de lo expuesto, *Área de Consulta*, en calidad de programa radiofónico especializado y su presencia en Internet son dos aspectos que han alcanzado una simbiosis operativa que los convierten en complementarios, con unas claras perspectivas a corto plazo, como la posibilidad de disponer de las grabaciones en audio de cualquier programa emitido anteriormente, sin olvidar otras posibilidades interesantes, ya plenamente operativas en Internet.

## 5. Perspectivas de futuro

Situados en este punto, quizás sea oportuno ofrecer una reflexión sobre el futuro, sobre la continuidad del proyecto radiofónico *Área de Consulta* como pro-

grama radiofónico especializado en la educación y promoción de la salud, el medio ambiente y el consumo.

Por lo que se refiere a la utilidad del medio como instrumento educativo y como medio de difusión de amplio alcance, está suficientemente demostrada su viabilidad. Por otra parte, la estructura y funcionalidad del programa permiten mantener una dinámica y un sistema de trabajo fluido y consolidado que garantiza su continuidad. La organización interna mantiene su vigencia tanto para las personas que integran el equipo de profesionales (redactores, productores, montaje técnico, presentación y dirección) como para el amplio abanico de colaboradores, expertos y profesionales, que desinteresadamente se han vinculado a la labor de educación sanitaria del programa, aportando sus conocimientos, resolviendo dudas y orientando a los oyentes.

Otro aspecto que hay que considerar es la disposición de las emisoras de radio a potenciar en su programación espacios de estas características y asignarles al tiempo la ubicación horaria más favorable posible como alternativa a otros programas más convencionales, al estilo de los magazines, informativos, deportes, etc.

Y por último, un condicionante importante, dado que estamos hablando de un programa que, hasta ahora, se ha emitido en la radiodifusión privada, aunque con una clara vocación de servicio público y que está obligado a justificar su presencia y continuidad en la programación a partir de asumir las tarifas publicitarias que la emisora en cuestión requiera. Es decir, el programa debe suponer una rentabilidad comercial para la misma, lo que necesariamente obliga a entrar en una fuerte competencia, a todos los niveles, para conseguir una parcela de tiempo de emisión. Por tanto, y dadas las características de *Área de Consulta*, se ha trabajado con plena dedicación para sensibilizar a los potenciales patrocinadores que pueden garantizar su continuidad futura en la radiodifusión, a no ser que alguna emisora pública decidiese acoger el proyecto en su programación.

El interés general del programa ha quedado ya expuesto, por tanto, una de las alternativas eficaces es la colaboración de la Administración, en este caso, la Administración catalana, a través del Departamento de Sanidad, que ha dado un soporte vital al programa. Otra opción, quizás más difícil, por una parte, por aquello de la sensibilización y, por otra, por el tema de la relación entre inver-

sión y resultados, es la de conseguir la implicación del sector de la empresa privada que opera en este campo.

En resumen, la viabilidad de futuro de *Área de Consulta* como programa especializado en promoción y educación para la salud puede depender de estos factores: el apoyo de la administración, el patrocinio del sector privado, la filosofía de contenidos y comercial de las emisoras de radiodifusión privada y la inclusión del programa en la radio pública. Un futuro en el que confiamos pueda continuarse con esta modesta labor de divulgación y educación desde un medio de comunicación al alcance de todos como es la radio.

Capítulo XIV

# Educación para la salud y medios audiovisuales

Josep Mª Puigvert

## 1. Educación e información a través del audiovisual

El primer parámetro que deberíamos establecer para abordar la cuestión de la información y la educación a través del audiovisual es lo que entendemos por información y por educación. Desde luego, se trata de una tarea compleja, en el caso de que se pueda llegar a una única respuesta. De una manera sencilla, diremos que se define *informar* como "poner a alguien al corriente de algo". Esto significa que el mensaje que le llega al receptor (espectador en nuestro caso) no ha sido manipulado, dirigido, ni cargado con segundas lecturas. En cambio, *educar* se define como "formar a alguien desarrollando y dirigiendo sus facultades físicas, morales e intelectuales". La diferencia entre ambas reside en que la información es, o debería ser, objetiva, mientras que en la educación interviene en gran medida el factor subjetivo; es decir, se transmite un punto de vista elaborado.

Concretamente en el terreno de la sanidad, dependerá de la necesidad de cada caso para que optemos por un sistema o por el otro: si lo que se pretende, por ejemplo, es conseguir que la población se vacune contra la gripe, puede que lo más efectivo sea una campaña de información a corto plazo y con un mensaje breve, claro y conciso. Entonces, optaremos por un audiovisual informativo. Pero si lo que se pretende es concienciar sobre el uso del preservativo para evitar contagios de enfermedades de transmisión sexual, lo más útil será realizar una campaña más a largo plazo, que interpele al espectador, que dirija sus hábitos sanitarios. En este segundo caso, deberíamos recurrir al vídeo didáctico.

Para centrar el tema de una manera sencilla, podríamos decir que hay dos tipos de vídeo didáctico: el vídeo-lección y el vídeo-motivador.

- El *vídeo-lección* ofrece una serie de informaciones de forma sistemática, emulando una clase magistral. Este sistema apela al procesamiento abstracto, lógico, analítico y riguroso de las informaciones. El problema de esta opción es que puede resultar aburrida e ineficaz, tanto por ser demasiado verbalista como por abstracta. Además, requiere un ritmo de asimilación de información por parte del espectador tan elevado que es difícil de asumir, y si se pierde, lo más probable es que el telespectador desconecte.
- El *vídeo-motivador* no ofrece grandes cantidades de información, sino que trata de motivar al espectador para que se interese por el tema. El sistema de procesamiento de información es, en este caso, intuitivo y emotivo, y se rige por una experiencia de globalidad. El mensaje de este tipo de vídeos va dirigido al mundo afectivo del espectador y apela a su sensibilidad, a sus emociones. Como se ha demostrado, se aprende mejor aquello que resulta placentero.

Pero así como parece claro que el audiovisual es, o puede ser, un medio óptimo para ofrecer información, cabría preguntarse si también lo es para educar y, en caso afirmativo, con qué herramientas cuenta.

## 2. ¿Es útil el audiovisual para educar?

Lo cierto es que no hay una respuesta definitiva para esta pregunta. Pero existen motivos para pensar que es una buena herramienta. De hecho, los estados (España lo hace) siguen recurriendo al audiovisual para sus campañas educativas, ya sea con la finalidad de concienciar a los conductores en la prevención de accidentes, o para prevenir el contagio del SIDA aconsejando el uso del preservativo; y ello a pesar de no tener la certeza científica del éxito de la experiencia.

Existen, además, algunos datos sobre la percepción humana que nos pueden ayudar a responder a esta pregunta.

## 3. La imagen

El ser humano ha desarrollado la vista hasta convertirla en su principal sentido. Se calcula que las cuatro quintas partes de lo que el cerebro humano *sabe* le han llegado por sus ojos. Los ojos son, en consecuencia, nuestro órgano sensorial más importante. Los ojos trabajan juntos para transmitir imágenes al cerebro a través del nervio óptico. La labor conjunta de dos ojos permite juzgar eficazmente la profundidad, la distancia y la velocidad. Y, a diferencia de la mayoría de mamíferos, ¡lo vemos todo en color!

Así pues, resulta evidente que la percepción visual es el medio más adecuado de aprend izaje para el ser humano. De hecho, está comprobado que sólo retenemos un 10% de lo que leemos, mientras que el porcentaje aumenta conforme el medio se hace más visual, activo e interactivo: 20% de retención escuchando palabras; 30% mirando cuadros, objetos, películas, demostraciones y dramatizaciones; 70% participando en un debate, conferencia o demostración; 90% usando exposiciones interactivas, dando demostraciones y haciendo una escenificación.

En este sentido, el hombre primitivo ya hizo uso de la imagen impresa para almacenar y transmitir información a través de las pinturas rupestres. Y la imagen siguió siendo el más universal vehículo de transmisión de información, a pesar de la aparición del lenguaje escrito, cuyos inventores fueron los sumerios. Baste referirse al teatro como herramienta de educación desde la Grecia antigua hasta nuestros días; o a las misas, con una liturgia destinada a transmitir una concepción del mundo.

La imagen visual se vinculó al hombre analfabeto desde la Edad Media y fue calificada como "Biblia o literatura de pobres", capaz de contar historias, al margen de la "cultura de la letra escrita". Y las cosas no han cambiado mucho en la actualidad, pues la televisión juega un papel preponderante en nuestros procesos de aprendizaje.

## 4. La imagen en movimiento

En los seres humanos, el movimiento despierta una atracción irresistible. En esto es igual al resto de animales y se debe a que se ha desarrollado una respuesta fuerte y automática a los cambios en las condiciones del entorno. Estos cambios podrían significar peligro, una presa, un amigo, etc. Se trata de respuestas autónomas del cerebro, que no están supeditadas a nuestra voluntad, como tampoco lo están el pestañear o respirar. Dicho automatismo supone una gran ventaja para nuestra existencia, ya que si el movimiento procede de un objeto que nos cae encima, no hay tiempo para pensar y solamente cabe esperar que nuestra reacción automática al movimiento sea lo suficientemente rápida.

## 5. Atraer la atención con el movimiento

El movimiento atrae según su fuerza, velocidad y dirección. En este sentido, si lo que pretendemos es llamar la atención de alguien, resultará más eficaz utilizar cambios de dirección durante el movimiento, interrumpirlo o terminarlo que mantener una acción sostenida. Según la forma en que se presenta, un movimiento puede atraer la atención sobre sí mismo (una mano en movimiento), el sujeto (la persona a la que pertenece la mano), o la causa del movimiento (lo que señala la mano).

## 6. La imagen y el movimiento a través de la cámara

Cuando se nos muestra el mundo a través de una cámara, nuestra percepción de las imágenes y del movimiento cambia sustancialmente respecto de la que tenemos de la realidad: si un coche pasa corriendo ante una cámara fija, nosotros, como telespectadores, percibiremos un movimiento repentino, brusco y fugaz. Y ello a pesar de que el coche esté manteniendo una velocidad constante

y no demasiado rápida. Algo similar pasa con las imágenes en general, que no percibimos como queremos o como nuestra vista es capaz de captar, sino tal como las ha captado la cámara. La conclusión es que la mediación de una cámara hace que varíe nuestra percepción de las imágenes y de los factores y las formas del movimiento que consiguen captar nuestra atención.

Existen ciertas características básicas de la imagen y el movimiento a través de la cámara, cuyo control nos permite dominar la atención y correcta recepción del mensaje por parte del telespectador.

## 7. Métodos para concentrar la atención del espectador

- *Planos cortos*. Los planos cortos, o cercanos, suelen ser más fáciles de leer y más íntimos, favoreciendo la atención del espectador.
- *Fondos neutros*. Los fondos neutros destacan el objeto o sujeto situado en primer plano y además no llaman la atención.
- *Indicación con un dedo, puntero, marca insertada o superpuesta; puntos brillantes*. Todos estos sistemas son de gran utilidad para dirigir la mirada del espectador a través de la imagen.
- *Contraste entre objeto y entorno* mediante diferencia de tamaños, proporciones, formas, movimiento, etc.
- *Utilización del contraste entre colores saturados y colores neutros*. Como sucede con los fondos neutros, la utilización de colores neutros evita la dispersión de la mirada del espectador, que se concentrará en los objetos de colores saturados.
- *Indicaciones sonoras*. Un sonido, ya sea puntual o ritmado, puede funcionar como un signo de atención. Tan sólo es necesario que esté descontextualizado o sea sorpresivo.
- *Posiciones de cámara* fuertes y contundentes.
- *Movimientos de cámara*.
- *Cambios de foco*. El cambio de una imagen que nos muestre un objeto borroso (o desenfocado) y un fondo nítido (o enfocado) a la situación contraria, representará un cambio del punto de interés; en ambos casos, el interés se centrará en el objeto enfocado.

- *Líneas convergentes*. La mirada tiende a dirigirse a los puntos de convergencia de las imágenes.
- *Zoom y travelling*. Cuando es la cámara la que se mueve, ya sea mediante un *zoom* ('*travelling* óptico') o un *travelling*, conseguimos concentrar el interés en el objeto encuadrado en el plano.
- *Sincronía*. Al sincronizar un movimiento con el diálogo, la música o los efectos, el sujeto cobra fuerza y atrae sobre sí la atención. Si hacemos que una persona coordine sus movimientos con el diálogo, se realzan la acción y el diálogo.
- *Claridad*. La imagen debe transmitir el mensaje rápidamente y sin ambigüedades. El espectador la debe leer fácilmente y sin lugar a equívocos. Por ello hay varios factores que debemos tener en cuenta a la hora de captarla:

– *El punto de vista de la cámara*: la situación de la cámara respecto al objeto o sujeto hará que veamos claramente de qué objeto se trata y cómo se manipula o que, por el contrario, no entendamos la demostración que estamos viendo.
– *La iluminación*: una iluminación mala puede distraer y confundir, ya que puede ocultar los entornos verdaderos, fundir planos, crear sombras, brillos y reflexiones, etc.
– *La cámara*. Es importante que el operador de cámara tenga bien ajustado el foco en todo momento. De lo contrario, podemos encontrarnos con imágenes desenfocadas que perturbarán su lectura.
– *Equilibrio de la imagen*.

## 8. La familiarización de la población con el lenguaje audiovisual

Hay, por último, otro importante factor que avala al audiovisual como medio educativo, y es el hábito que ha adquirido la población, podríamos decir que mundial, de consumirlo. El medio audiovisual está totalmente implantado en nuestras vidas: la población española ve entre dos y cuatro horas de televisión

al día, aumentando según la edad. Pero además, los más jóvenes (y los no tan jóvenes) han incorporado totalmente a sus vidas los juegos para vídeo y ordenador, los ordenadores como herramienta de trabajo e Internet como sistema de comunicación, información, ocio, etcétera.

Por ello se puede ya decir que el espectador de hoy está modelado por los medios audiovisuales de masas en cuanto a sus gustos, hábitos perceptivos e incluso en sus procesos mentales. La implantación de la televisión en nuestras vidas se hace evidente con sólo observar la variedad de sistemas de difusión existente, la cantidad de empresas que disponen de algún canal para emitir y las luchas económicas y políticas que ello provoca.

## 9. El lenguaje audiovisual

En primer lugar debo advertir que no se ha demostrado la existencia de un verdadero lenguaje audiovisual. Para que exista, tendría que cumplir, al menos, estas tres condiciones: *1)* finitud de los signos, *2)* posibilidad de incluirlos en un repertorio léxico y *3)* determinación de un conjunto de reglas que rige su articulación.

En cuanto al primer punto, los signos (icónicos, verbales, gestuales, etc.) no se pueden considerar específicos del medio audiovisual, ni tienen más valor que el que denotan. Respecto del segundo punto, las escalas de planos, angulaciones, iluminación, etc., sólo tienen valor connotativo, varían constantemente y no son susceptibles de componer un repertorio léxico. Y en referencia al tercer punto, sus códigos no son los de la gramática, sino los del lenguaje audiovisual del mundo natural. Por ejemplo, no entendemos una imagen por estar al lado de otra, sino por ella misma. Por todo ello, aunque se dan articulaciones discursivas (movimientos de cámara, montaje, secuencialidad, unidades narrativas, etc.), no conforman una verdadera gramática.

A pesar de lo que acabo de exponer, a partir de ahora voy a utilizar la expresión *lenguaje audiovisual* para hacer referencia a una forma de expresión que tiene sus propios rasgos distintivos, aun cuando no se la pueda considerar propiamente una gramática nueva.

## 10. Conceptos básicos

**1) El proceso de comunicación en el medio audiovisual**[1]

La imagen audiovisual está constituida por un conjunto de signos, articulados, a su vez, en tres subconjuntos: *1)* el texto, *2)* la representación y *3)* la captación selectiva a través de la cámara. Estos signos se inscriben en un proceso de comunicación del que constituyen el mensaje.

- El emisor del mensaje es el autor del texto, más el realizador, más los técnicos, más los actores, más los medios técnicos.
- El mensaje es el texto más la representación más la captación de ambos.
- Los códigos para descifrar el mensaje son: lingüísticos, perceptivos (visual y auditivo), socioculturales y espaciales.
- El receptor del mensaje es el espectador.

**2) El espectador**

Es el destinatario del mensaje. Como tal, está obligado, no sólo a seguir una historia, sino a recomponer a cada instante la representación a través de los signos; es decir, a leer el significado de los mensajes que recibe más allá de lo obvio. Está obligado a apropiarse de lo que ve para vivirlo como una experiencia propia (identificación) y a alejarse para analizarlo (distanciamiento).

**3) El texto dramático**

El texto es el elemento formal menos polisémico y el que expresa con más claridad y exactitud lo que queremos decir. Por ello puede ser útil para dar sentido a una imagen o para delimitar una de sus múltiples lecturas.

**4) Signos y códigos**

Entre las imágenes que percibe el espectador audiovisual, podríamos decir que existen las que transmiten un significado objetivo y las que contienen una información añadida, un doble significado o una doble lectura. Estas últimas

1. Lo que sigue se refiere al audiovisual dramático, puesto que es el más complejo en cuanto a estructura, análisis, etc.

son las que por ser codificadas requieren de un conocimiento del código para ser comprendidas. Por ello, corremos el riesgo de que cada persona las interprete de una manera distinta o, sencillamente, no las interprete.

La mayor dificultad en el análisis del signo audiovisual se encuentra, pues, en su polisemia (en su multiplicidad de significados): el color de un vestido constituye un elemento visual del cuadro escénico, pero se inscribe dentro de una simbología codificada de colores. Junto al sentido principal, generalmente *evidente*, llamado denotativo, todo signo conlleva otras significaciones distantes de la primera; es decir, connotan otros sentidos, ligados al contexto sociocultural (una mujer vestida de blanco connota una mujer pura, pero no en Asia, donde el blanco connota el duelo y la muerte).

**5) Narrativa audiovisual**

Narrativa audiovisual es la facultad o capacidad que tienen las imágenes audiovisuales y acústicas para articularse con otras y configurar discursos que cuentan historias. La narrativa audiovisual tiene por objeto descubrir, describir, explicar y aplicar la capacidad de la imagen visual y acústica para contar historias. El discurso es el flujo de imágenes, sonidos y otros elementos portadores de significación (movimientos de cámara, encuadres, etc.), que forman textos que a su vez explican historias.

**6) El narrador**

Existen diferentes clasificaciones sobre las tipologías de los narradores. Una de ellas los clasifica en:

- *Omnisciente neutro*: el narrador cuenta la historia de un modo impersonal, con su propia voz y valiéndose de una tercera persona. Es libre de decidir en qué momento interviene. El espectador recibe la historia a través del conocimiento, la sensibilidad y la conciencia del narrador.
- *Omnisciente editorial*: el narrador tiene una visión global y panorámica, es incontrolable e ilimitado, actúa como un dios, que conoce la historia totalmente, desde todos los puntos y desde el principio al final, así como los pensamientos de los personajes. Usa juicios de valor y reflexiones generalizantes y sentenciosas de la vida.

- *Omnisciente ingerente*: el narrador participa de la historia. Hay dos tipos de narrador ingerente:

– *Narrador protagonista*: el narrador es el personaje central.
– *Narrador testigo*: el narrador es un personaje autónomo.

- *Omnisciente selectivo*: el narrador no está presente como tal, sino que se expresa a través de un personaje de la historia.
- *Omnisciente multiselectivo*: el narrador se expresa a través de distintos personajes de la historia.

## 11. Dimensión semántica del audiovisual

Aunque como hemos visto, los signos audiovisuales no forman parte de un repertorio léxico concreto, sí que existen ciertos recursos audiovisuales diferenciados para la captación de la realidad visual y auditiva. Dicho de otra manera: la única diferencia que existe entre la percepción de la realidad que tenemos y la percepción de la realidad a través del medio audiovisual es la mediación de una cámara. Ello comporta la existencia de una serie de personas (director o realizador, guionista, etc.) que han decidido qué parte de la realidad nos muestran y de qué manera lo hacen. Estas decisiones conducirán, condicionarán y manipularán inevitablemente nuestra visión de la realidad. Por ello, podemos hablar de una funcionalidad semántica del audiovisual en cuanto a la manera de mostrar.

A continuación enumeramos los signos del audiovisual que tienen un sentido denotativo (lo que muestra de manera evidente) y otro connotativo (la segunda lectura):

**1) El encuadre de cámara o plano**

El término *plano* se usa indistintamente en el lenguaje audiovisual para hacer referencia a dos conceptos: *1)* conjunto de imágenes que en el momento de la toma se registran con continuidad, y *2)* plano como valor de encuadre. Nos vamos a referir al segundo significado.

- *Gran plano general*: valor fundamentalmente descriptivo. Denota un gran escenario donde la persona queda diluida en el entorno. Connotaciones de pequeñez del hombre frente al entorno.
- *Plano general*: valor fundamentalmente descriptivo. Denota un escenario amplio donde la persona ocupa una tercera o cuarta parte del cuadro.
- *Plano de conjunto*: valor descriptivo, narrativo y dramático. Denota un grupo de personas en un ambiente determinado, así como la situación y las acciones de los personajes.
- *Plano entero*: valor fundamentalmente narrativo, pero también dramático. Denota una persona de cuerpo entero que ocupa la totalidad de la pantalla. El interés se centra en la acción del personaje.
- *Plano medio*: valor fundamentalmente dramático, pero aún con valor narrativo. Denota una persona de medio cuerpo hacia arriba. Interesa la reacción del personaje frente a la realidad.
- *Primer plano*: valor exclusivamente expresivo, psicológico y dramático. Denota el rostro de la persona. Connota rasgos psicológicos del personaje.
- *Primerísimo primer plano*: igual valor que el primer plano, pero acentuado. Denota una parte del rostro de una persona. Connota rasgos psicológicos acentuados.
- *Plano detalle*: valor narrativo, descriptivo, simbólico o dramático. Denota un objeto. Según sea el objeto y su relación con el hilo dramático, tendrá connotaciones simbólicas o dramáticas.

**2) Angulación**

La angulación de cámara hace referencia a la inclinación en vertical con la que tomamos el plano. Para simplificar, diremos que hay tres angulaciones básicas:

- *Normal*. Capta la imagen sin angulaciones. No tiene connotaciones.
- *Picado*. Capta la imagen desde arriba y hacia abajo. Puede dar una imagen grotesca del personaje. Connota pequeñez e insignificancia del personaje.
- *Contrapicado*. Capta la imagen desde abajo y hacia arriba. Puede dar una imagen grotesca del personaje. Connota poder del personaje.

**3) Distancia focal**

Técnicamente es la distancia entre el mosaico de la cámara y el centro óptico de la lente del objetivo enfocado al infinito. De una manera más sencilla, es el *zoom* del vídeo doméstico. Las posiciones extremas son el teleobjetivo y el gran angular.

- *Teleobjetivo*. Uno de los efectos que se consigue es que un personaje que corre hacia cámara parezca que no avanza. Ello puede connotar la imposibilidad de alcanzar un objetivo por parte del personaje, su incapacidad para escapar, etcétera.
- *Gran angular*. En su posición extrema, distorsiona las formas. Da una imagen grotesca del personaje.

**4) El movimiento de cámara**

Existen tres movimientos de cámara:

- *Panorámica*. Es el movimiento de rotación de la cámara sobre su eje. La cámara no se desplaza. La panorámica puede ser horizontal y vertical. Una panorámica de arriba a abajo (vertical descendente) puede connotar depresión, abatimiento, etcétera. Si la panorámica es de abajo a arriba (vertical ascendente), connotará lo contrario.
- *Travelling*. Es un movimiento de traslación de la cámara. Si la cámara se aproxima a un personaje, puede connotar que se adentra en su interioridad. El resto de *travellings*, retroceso, descendente, ascendente, etcétera, no connotan nada específico.
- *Zoom*. Es el *travelling* óptico. Permite acercar y alejar objetos sin mover la cámara. Un acercamiento puede connotar una incursión en la interioridad del personaje, pero si es muy rápido, también puede connotar sorpresa. El alejamiento rápido puede connotar que el personaje se encuentra perdido y mostrarnos su pequeñez respecto al medio.

**5) La edición**

Es lo que en cine llamamos *montaje*. En vídeo, consiste en la conexión electrónica de planos hasta tenerlos en el orden de emisión. Hay distintas maneras de montar los planos, como pueden ser el montaje continuo, discontinuo, en

paralelo, alterno, *flashback*, de anticipación, de síntesis e ideológico. De todos ellos, el que se destaca por la significación adicional que da a la historia es el ideológico.

- *El montaje ideológico*: es un enriquecimiento intelectual con una significación adicional producto de la relación entre imágenes con un alto contenido metafórico. La significación no proviene de la acción dramática directamente, sino del significado engendrado por la unión de las dos imágenes.

**6) Iluminación**

La iluminación es un elemento con gran poder para connotar. Baste como ejemplo una iluminación contrastada de una persona para conseguir una presencia amenazadora; una iluminación escasa pero suave para connotar intimidad, etc.

**7) Signos de puntuación**

Igual que sucede en otras artes, existe en el audiovisual un sistema de puntuación que marca el ritmo de la historia y, además, nos aporta una información adicional. Estos signos son la manera de enlazar planos y secuencias.

- *Corte en seco*. Enlaza dos planos instantáneamente, sin ningún recurso visual intermedio.
- *Fundido en negro*. La imagen se disuelve fundiéndose en negro. Significa paso de tiempo o conclusión de un periodo.
- *Apertura de negro*. La imagen surge de una pantalla negra. Indica el inicio de una secuencia.
- *Fundido encadenado*. Una imagen se va difuminando mientras otra va apareciendo y ambas se superponen por unos momentos. Indica paso de tiempo o un clima romántico.
- *Cortinilla*. La imagen que entra desplaza a la que había hasta compartir la pantalla. Indica simultaneidad.

Como ya se ha dicho, la polisemia de los signos audiovisuales es subjetiva y por ello, a la vez que discutible, inagotable.

## 12. Metodología de elaboración del audiovisual

El término audiovisual incluye otras formas de expresión además del cine, la televisión y el vídeo: el audiovisual con diapositivas, el multimedia informático, etc. Pero el proceso de elaboración (o producción) que aquí describiré es el que corresponde al del vídeo. No obstante, todas las partes del proceso son aplicables a cualquier producción audiovisual.

Por otra parte, hay que advertir que la aparición del digital está desplazando paulatinamente al sistema analógico, tanto en calidad de soporte de producción como de difusión audiovisual, al igual que el disco compacto ha desplazado al tradicional disco de vinilo. En un plazo breve de tiempo lo reemplazará definitivamente, pero la metodología de elaboración de un audiovisual, exceptuando los cambios técnicos, no variará.

Pero antes de entrar en materia, y dado que la producción audiovisual requiere los servicios y los conocimientos de un gran grupo de personas, voy a enumerar los oficios que convergen en una producción audiovisual y de qué parte del mismo se responsabilizan.

- *Productor*. Es el responsable global de la producción audiovisual. Diseña la producción desde el punto de vista organizativo y económico, equilibrando los recursos humanos y técnicos, para cumplir satisfactoriamente con los objetivos previstos, tanto en los contenidos (guión) como en los recursos económicos (presupuesto).
- *Realizador*. Responsable de convertir en imagen y sonido los contenidos del guión. Elige y coordina el equipo artístico y técnico en función del guión y del presupuesto. Es el máximo responsable de todo lo que pasa delante de la cámara. Decide el tratamiento visual y sonoro.
- *Asesor*. Es una figura de gran importancia en cualquier producción. Se trata de un profesional ajeno al mundo audiovisual pero especialista en el tema tratado. Su asesoramiento y control debe comprender todas las fases del proceso, incluida la de grabación. Su presencia nos garantizará un correcto tratamiento técnico de las informaciones (imágenes y texto) que demos al telespectador. Este profesional suele proceder del organismo que encarga el audiovisual; pero para conseguir una eficacia en el resultado de su trabajo es

imprescindible la incorporación plena al equipo desde la primera fase del proyecto con una dedicación exhaustiva a su labor de asesor. Es importante que quede liberado de sus labores en su puesto de trabajo habitual. Resulta preferible que su trabajo en el proyecto audiovisual sea remunerado aparte y se incluya en los costes del presupuesto de producción.

- *Ayudante de realización*. Ayuda al realizador en la ordenación de las tomas y preparación del montaje. Supervisa los ensayos.
- *Auxiliar de realización-script*. Comprueba las secuencias sobre el guión. Cronometra el programa.
- *Secretaria de rodaje*. Desempeña la misma labor que el *script*, pero con tareas adicionales en la preparación previa de las tomas.
- *Regidor*. Representa al realizador en el plató. Dirige al personal del plató de acuerdo con las indicaciones del realizador. Es el responsable de la disciplina y organización en el plató.
- *Responsable técnico-jefe técnico*. Coordina y supervisa la ingeniería del estudio. Es responsable de las calidades técnicas obtenidas.
- *Mezclador*. Especialista en la operación de mezcla de vídeo y efectos sonoros.
- *Escenógrafo-decorador*. El primero concibe y organiza el tratamiento escénico. El segundo diseña y planifica su ejecución.
- *Maquillador*. Prepara y efectúa el tratamiento del maquillaje. Le asisten el ayudante de maquillaje y el peluquero.
- *Diseñador de vestuario*. Diseña y selecciona la indumentaria de los actores. Le ayudan los sastres y encargados de vestuario.
- *Grafistas-rotulistas*. Diseñan gráficos, rótulos y animaciones.
- *Iluminador jefe*. Proyecta, dispone y controla el tratamiento de iluminación, tanto técnica como artísticamente.
- *Operador de vídeo, control de vídeo, ingeniero de vídeo*. Controla la calidad de la imagen ajustando los equipos de vídeo.
- *Ingeniero de sonido*. Controla el nivel de audio, la calidad y el balance y los aspectos técnicos y artísticos.
- *Equipo de cámara*. Operadores de cámara, grúa, etc., responsables de la corrección de la toma de imagen.
- *Equipo de toma de sonido*. Jirafistas, personal que sitúa los micrófonos, maneja discos, etc.

- *Regidor de estudio, tramoyistas*. Equipo responsable de los cambios de decorado, utilería, etc.
- *Iluminadores*. Equipo responsable de manejar y dirigir los proyectores y aparatos eléctricos.
- *Efectos especiales*. Especialista que idea y maneja los efectos de fuego, etc.

## 12.1. Proceso de elaboración

El proceso de elaboración de un audiovisual se compone de tres etapas: preproducción, producción y difusión. Todas ellas tienen la misma importancia, y el éxito final depende de la perfecta ejecución de cada una de las tres.

## 12.2. Pre-producción

Lo primero que tenemos que plantearnos cuando decidimos hacer o encargar un audiovisual es si realmente lo necesitamos: en muchas ocasiones se recurre al audiovisual sin reflexionar sobre si es el medio más adecuado para dirigirnos a nuestro interlocutor. Existen algunas preguntas que debemos formularnos sistemáticamente como primer paso en la producción audiovisual.

- *¿Cuál es el mensaje que queremos transmitir?* Esta pregunta nos remite a la disyuntiva entre educación e información.
- ¿A quién queremos hacerlo llegar?

– A la población de un país o comunidad autónoma.
– A la población de una ciudad, un barrio o un pueblo.
– A un colectivo de profesionales (personal de limpieza, arquitectos, bomberos, trabajadores de una fábrica, etc.) o de ciudadanos (jubilados, estudiantes, etc.).

- *¿Es el vídeo el medio óptimo?* El vídeo no siempre es el medio más eficaz para hacer llegar un mensaje. Por ello, y sobre la base de las respuestas que hayamos obtenido a las preguntas anteriores, decidiremos cuál debe ser el

medio para cada caso. He aquí dos ejemplos de medios de comunicación que hay que considerar antes de decantarse por el vídeo.

– *Publicaciones impresas*. Las publicaciones pueden ser un medio muy eficaz para llegar a grupos de población reducidos y localizados. Una de las formas más extendidas de distribuir este tipo de material es el buzoneo, es decir, la distribución de la información impresa por los buzones. Este sistema está siendo utilizado por el sector privado para la promoción de sus productos, ya que ofrece la posibilidad de aportar mucha información al potencial cliente. A otros niveles, las publicaciones constituyen un medio barato y eficaz de hacer llegar información a sectores profesionales concretos a través de los *mailings*. Otra forma de hacer llegar información utilizando el medio impreso es a través del cartel, distribuido de manera gratuita en comercios; o la distribución manual y directa a las personas en la calle. En general, éste es un sistema barato, rápido y eficaz para acceder a sectores concretos y localizados de población.
– *Cursos, conferencias y charlas*. Este medio, como ya hemos visto anteriormente, es altamente efectivo; pero de difícil aplicación. Su terreno son los lugares donde normalmente se reúnen los grupos de población a los que deseamos transmitir el mensaje: empresas, centros docentes, centros cívicos, etc. Evidentemente, los cursos, conferencias y charlas pueden estar apoyados por material audiovisual y, en concreto, por el vídeo.

• *¿Cuál es el canal óptimo para distribuirlo?* Una vez hemos decidido que el medio óptimo es el vídeo y hemos establecido cuál es el grupo de población al que queremos hacer llegar nuestro mensaje, debemos decidir cuál es el canal de distribución que mejor se adaptará a nuestras necesidades. En este punto hay que considerar no sólo el alcance del medio, sino también su coste. En general podemos decir que disponemos de los siguientes canales para difundir un vídeo:

– *Las cadenas de televisión generalistas*. Son las cadenas de alcance estatal: TVE, Tele 5, Antena 3 y las autonómicas (TV3, Euskal Televista, TVG, Canal Sur, Canal 9 o Tele Madrid). Son las ideales para dirigirse la población de un país o comunidad autónoma. El coste de emisión en una cadena ge-

neralista es elevado; por tanto, una buena solución es optar por un anuncio publicitario. En este sentido, el anuncio es una pieza breve que puede producirse a un coste razonable y que ofrece una información condensada y directa. El mensaje que transmitiremos será sencillo y claro y apelará directamente a las emociones del espectador.

– *Televisiones locales*. Son las cadenas cuyo alcance se ciñe a una ciudad, un barrio o un pueblo. Ideales, por tanto, para dirigirse a la población de una ciudad, un barrio o un pueblo. En España se hallan en fase de desarrollo, pero tanto el número de cadenas como la calidad de su programación es elevada. Se trata de un medio que goza de gran aceptación entre los televidentes, ya que el contenido de la programación les es muy próximo. El coste de emisión de publicidad en las televisiones locales es bajo. Y si el audiovisual que producimos es de interés general, incluso podemos llegar a cobrar. Por ello, el programa puede ser la pieza idónea. Se trata de un producto más largo, donde se puede ofrecer mucha más información, pero, sobre todo, que puede ser muy útil para educar a la población.
– *Magnetoscopios domésticos y circuitos cerrados*. Este medio de difusión es el más adecuado para acceder a un colectivo de profesionales (personal de limpieza, arquitectos, bomberos, trabajadores de una fábrica, etc.) o de ciudadanos (jubilados, estudiantes, etc.). El coste de emisión es nulo, y el mensaje llega de una manera directa al destinatario. Los contenidos de este tipo de audiovisuales van dirigidos directamente al colectivo elegido: una campaña de higiene dental para estudiantes de ESO; una demostración del uso de los sistemas de seguridad en una gran empresa; o una demostración de la correcta manipulación de productos alimenticios para bares y restaurantes. Este tipo de vídeo es el denominado industrial. Pero como he dicho anteriormente, aun tratándose de un vídeo industrial, se puede realizar a modo de ficción. El coste de la producción se encarece, pero también resulta más efectivo. De igual modo, el vídeo industrial se puede combinar con cursos, charlas y conferencias.
– *Ordenadores personales*. Mediante Internet, así como a través del CD-ROM, el vídeo es una herramienta en desarrollo pero de la que, en breve, podremos disponer plenamente. Por otra parte, actualmente la informática es un medio reservado a sectores muy concretos de la población. Por ello, si bien no es el medio adecuado para dirigirse a sectores amplios de pobla-

ción, sí lo es para acceder a los sectores más preparados. Se trata, por tanto, de un buen medio para llegar a estudiantes y profesionales con estudios medios y superiores. A este nivel, el vídeo a través de la informática puede ser un recurso pedagógico muy útil.

## 12.3. Arranque del proyecto

Una vez establecido el tipo de producto que queremos hacer, a quién va dirigido y cuál será el medio más adecuado para su distribución, es el momento para que el productor haga un planteamiento general del producto. En él se tiene ya una visión global del proyecto desde el principio al final. Entonces, el productor encarga el guión literario (guión que, a pesar de su "mentalidad" audiovisual, no se plantea la captación a través de la cámara) al guionista. Aquí es donde el asesor empieza a colaborar. Si se trata de un programa, habrá que idear antes el programa, es decir, crear el formato.

Cuando el guión está acabado, se realiza el diseño de producción, que prevé el equipo humano, el técnico, la duración del proyecto y un primer presupuesto. Es ya el momento de buscar, en caso necesario, la financiación. Existen diferentes modalidades de financiación para un vídeo, y varían en función del tipo de género audiovisual (programa, serie, etc.). Algunas de las más corrientes son el patrocinio con la inclusión del nombre de la empresa patrocinadora en los créditos, la intercalación de *spots* en el programa, el patrocinio de secciones concretas, la integración de productos de marca en la escena o el manejo de éstos por parte de los actores, ayudas institucionales, subvenciones, autofinanciamiento a través de las ventas y de la distribución, etc.

## 12.4. Producción

La producción se compone, a su vez, de tres etapas: *1)* preparación, *2)* grabación y *3)* edición. A diferencia de lo que sucedía con la pre-producción, las tres etapas de la producción hay que acotarlas en el tiempo, ya que en esta fase, cada día que pasa representa un gasto económico.

**1) Preparación**

El objetivo de esta fase es llegar a la grabación con todo previsto, preparado y ensayado. En primer lugar, se procede a la contratación de los jefes de las áreas. Éstos, a su vez, crean sus propios equipos. Esta fase de contratación se superpone a la de creación; los distintos equipos van desarrollando su trabajo, bien sea en el ámbito de ensayos con los actores, de construcción de decorados, de planificación de la iluminación, etcétera. Cuando la acción escénica está fijada, se procede al desarrollo del guión técnico, en el cual se establece la planificación del audiovisual (entendiendo plano como encuadre de cámara).

**2) Grabación**

Éste es el punto decisivo de una producción. Hasta el momento, se ha invertido una cantidad económica relativamente pequeña. En consecuencia, si no se llega a iniciar la grabación, las pérdidas serán reducidas. Pero en el momento en que se empieza a grabar se hace una inversión económicamente importante: personal, medios técnicos, localizaciones y decorados, etc. Por ello es muy importante que las fases anteriores se hayan trabajado a la perfección y que no quede ningún cabo suelto. En esta fase hay que hacer, ni más ni menos, lo que se ha ensayado. Con esto no quiero decir que no haya que dejar un margen a la improvisación, a la inspiración del momento: si llega, será bienvenida. Pero en caso contrario, contaremos con una base que nos asegurará el éxito y la producción podrá seguir su buen curso.

**3) Edición y sonorización**

Esta fase se corresponde con lo que en cine llamamos montaje y sonorización. Se suele utilizar el término *pospo*, una contracción de pos y producción, para referirse a la edición y sonorización. Pero yo considero que la pos-producción es una etapa posterior, que incluye la distribución y promoción del producto. En cuanto a la edición, es la acción de ordenar los planos en el orden en que se emitirán, y comprende también la inclusión de gráficos, créditos y demás elementos y efectos visuales. De hecho, es como montar un puzzle: si las piezas están bien hechas y no falta ninguna, es una tarea sencilla. Pero si en las etapas anteriores se han cometido errores, ahora se padecerán. Hay que recordar que la edición no puede corregir una mala interpretación, una iluminación deficiente o un guión mal planteado. En cuanto a la sonorización, ocurre algo similar: si se ha tomado

el sonido en directo, pero de manera deficiente, será muy difícil resolver la cuestión en el estudio. Por tanto, es muy importante captar un sonido nítido, que permita escuchar a la vez los diálogos y los sonidos ambientales sin que se molesten los unos a los otros.

## 12.5. Difusión

Esta última fase incluye: *1)* la distribución, *2)* exhibición y *3)* promoción del producto. Es necesario tener previsto en qué medio será distribuido y exhibido el producto audiovisual para poder controlar la calidad de cada una de estas fases. También es importante recordar que la promoción del vídeo y las negociaciones para su distribución y exhibición pueden empezar en fases anteriores.

- *Distribución*. Esta fase se inicia cuando el producto audiovisual está perfectamente terminado y se ha comprobado que los contenidos y la calidad técnica de la imagen y del sonido tengan los niveles previstos para su difusión. El producto audiovisual puede ser distribuido por diferentes circuitos, según sean sus características y objetivos. Los circuitos o canales de distribución son: cinematográficos, televisivos, videográficos e informáticos.
- *Exhibición*. En esta fase el producto audiovisual llega a su objetivo final, que es el espectador. Aquí es de vital importancia el control de calidad de los elementos técnicos de exhibición: pantallas, televisores, monitores, proyectores, reproductores de imágenes y sonido, antenas, cintas, discos, CD, etc. Es importante recordar que una deficiencia técnica, por pequeña que sea, puede echar a perder todo el trabajo y esfuerzo de las fases anteriores.

Capítulo XV

# Internet y educación para la salud

Pere Font

## 1. La revolución de Internet

Aunque en muchos sentidos la revolución de Internet no ha hecho más que empezar, sería difícil encontrar a una persona que a estas alturas no haya oído hablar de Internet, de la red o de las autopistas de la información. En la práctica, el mero hecho de incluir un capítulo relativo a Internet en un manual sobre métodos en educación para la salud ya da cuenta de cómo las tecnologías de la información están cambiando significativamente algunos aspectos de nuestra vida y de nuestro trabajo[1], como se verá a lo largo de este capítulo. Pero para comenzar, quizá convenga revisar brevemente qué es exactamente Internet.

### 1) ¿Qué es Internet?

En un sentido estricto, Internet no es otra cosa que un conjunto heterogéneo de ordenadores interconectados entre sí, de tal manera que crean una especie de red; de ahí su nombre. La principal característica de esta conexión es que un ordenador puede intercambiar información con cualquier otro a gran velocidad, independientemente de la distancia entre ambos o del lugar en que se encuentren dentro de dicha red.

1. Como ejemplo de ello, este capítulo ha sido escrito utilizando exclusivamente los recursos propios de la red, preferentemente en lengua castellana. Aunque el encargo fue verbal, la propuesta de formato, características y fecha de entrega se hizo a través de correo electrónico. Para el desarrollo del artículo se recurrió a datos obtenidos a través del uso de buscadores tipo Yahoo o Altavista y en la resolución de algunas dudas se consultó documentación situada en páginas web al alcance de todo el mundo. Finalmente, una vez finalizado el trabajo, se envió a los editores por correo electrónico.

Aunque esta primera explicación puede parecer muy simple, en realidad Internet puede ser tan sencillo o tan complicada y potente como se desee. De hecho, en sus treinta y pocos años de existencia Internet ha atravesado diferentes fases, la mayoría de ellas ajenas al gran público, ya que en un principio nace vinculado al Departamento de Defensa de Estados Unidos, con el propósito de conectar entre sí diversos centros de investigación y acercar el acceso remoto a grandes bancos de datos a diversos investigadores. En el momento de su creación la red contaba con cuatro nodos principales, mientras que en la actualidad el número de ordenadores que *sirven* información se cuentan por millones.

Si el primer uso al que se destinó la red fue el acceso a sistemas remotos, pronto se le añadió uno de los servicios más potentes y que en mayor medida han contribuido a su utilización: el correo electrónico, ideado inicialmente para la comunicación persona a persona, aunque con el tiempo apareció un nuevo uso dirigido a grupos o colectivos: las listas de distribución, que permitían enviar simultáneamente un mensaje y todas sus respuestas a un grupo determinado de usuarios.

Esta facilidad para la comunicación hace que el tráfico electrónico aumente notablemente y el constante envío y recepción de documentos se vuelva a veces algo pesado cuando la red de relaciones es amplia. Una solución a este problema es dejar los documentos en un lugar al que se pueda acceder de forma cómoda para descargar una copia de dichos documentos en el propio ordenador, es decir, que permita la transferencia de ficheros entre ordenadores: así nace el FTP (*File Transfer Protocol*) que, hasta el advenimiento de la WWW, ha sido uno de los servicios más utilizados de Internet.

Ahora bien, se hacía necesaria la disponibilidad de un servicio que evitara el correo electrón ico innecesario y permitiera a la vez acceder a colectivos agrupados en áreas temáticas. Así aparecen las *News* o grupos de noticias, una especie de tablón de anuncios con mensajes y sus respuestas, a medio camino entre el correo electrónico y el servicio FTP, y finalmente, la World Wide Web (WWW), creada en el Centro Europeo de Investigación Nuclear (CERN), en 1989. Ha sido tal su éxito que para muchas personas hablar de Internet es sinónimo de hablar de la WWW, es decir, del acceso a una enorme cantidad de páginas web con información multimedia que abarca la práctica totalidad de temas imaginables.

**2) ¿A qué se debe el enorme éxito de Internet?**

Son múltiples los factores que han contribuido al éxito y a la generalización del acceso a la red, pero entre ellos conviene destacar:

- *Velocidad:* la velocidad de acceso o de transmisión de datos ha sido uno de los factores que pueden explicar el éxito de Internet, ya que la transmisión de un mensaje de correo electrónico de Barcelona a Nueva York o a Sidney, es prácticamente instantánea, con una evidente ventaja sobre el correo normalizado. Pero también se puede acceder *en tiempo real* a información actualizada constantemente de, por ejemplo, un servidor de noticias como la CNN.
- *Economía:* además de la velocidad, uno de los factores clave es el bajo coste económico de la conexión. Enviar un documento de 25 páginas por correo electrónico, con fotografías e imágenes, no sólo es más rápido, sino que es mucho más económico que enviarlo por correo normalizado o por fax. Por otro lado, cada vez son mayores las posibilidades de acceder gratuitamente a la red, por ejemplo por medio de los colegios profesionales, abonando solamente el coste de la conexión telefónica a precio de llamada local.
- *Servicio universal:* Internet tiene la ventaja de ser un servicio accesible desde cualquier parte del mundo, siempre que dispongamos de un ordenador, un modem y una conexión telefónica. Lo que nos permite, siguiendo con los ejemplos, leer nuestro correo electrónico o consultar una página web en concreto desde prácticamente cualquier país o ciudad del mundo, lo que contribuye a que, en la red, las distancias geográficas no sean relevantes.
- *Sistema hipertexto:* un sistema hipertexto es aquel que permite enlazar dos o más documentos, habitualmente paginas web, por medio de vínculos que las relacionan entre sí. Lo asombroso de este sistema es que permite enlazar un documento situado en un ordenador en Salamanca con otro situado en un ordenador de La Coruña y éste a otros documentos situados en otros ordenadores de diferentes lugares del mundo. En este caso, un hipotético lector iría saltando en su lectura de un documento a otro, sin tener que saber dónde están ubicados físicamente, porque la información le aparecerá igualmente en la pantalla de su ordenador.

- *Sistema multimedia:* uno de los innegables factores de éxito de Internet es que no solamente facilita enviar y recibir información, sino que permite hacerlo en múltiples formatos. Se pueden enviar documentos de texto, fotografías, imágenes, archivos de sonido, archivos de vídeo.
- *Espíritu igualitario:* finalmente, todos estos avances técnicos se desarrollan en un medio en el que no existe una jerarquía de control ni una propiedad estricta, en el sentido de que Internet no pertenece a nadie, lo que favorece el desarrollo de una cierta filosofía de la gratuidad y la cooperación, en la que cada persona, grupo o colectivo puede aportar la información que considere pertinente y de utilidad para los demás. Uno de los aspectos que suele sorprender más a las personas que entran en Internet por primera vez es el enorme y variado espectro de información al que se puede acceder gratuitamente, o la ingente cantidad de *software* gratuito, también llamado *freeware*, al que se puede acceder.

## 2. Servicios de Internet

Quizá la mejor manera de entender qué es Internet y cómo podemos utilizarla en nuestro trabajo es conocer los principales servicios de los que nos podemos beneficiar.

### 2.1. La World Wide Web (WWW)

Junto con el correo electrónico, actualmente es el servicio más conocido y utilizado de la red, con cerca de 100.000 nuevos suscriptores cada mes en España, lo que hace que en el momento de escribir este artículo sean más de cuatro millones los usuarios de Internet en nuestro país, más de cuarenta millones los europeos y, alrededor de ciento cincuenta millones las personas con acceso a la web en todo el mundo.

La WWW consiste fundamentalmente en un sistema de intercambio de archivos en formato multimedia, que utiliza un lenguaje llamado HTML (*Hipertext Markup Language*) y que permite integrar en un mismo documento diversos

componentes tales como texto, imagen, sonido, etc. De hecho, cuando visitamos una página web, en realidad lo que hacemos es *descargar* dicha página, con todas sus imágenes, sonidos, textos, etc., en nuestro propio ordenador, gracias a que utilizamos para *navegar* por Internet un programa llamado *browser* o navegador que puede *interpretar* dicho lenguaje y por lo tanto reconstruir el documento con todas sus características. Los navegadores más utilizados en la actualidad son el Internet Explorer y el Netscape Navigator, ambos gratuitos.

Ahora bien, para navegar por Internet es necesario conocer la dirección de cada página, es decir, en qué ordenador se encuentra para poder acceder a su consulta. En Internet las direcciones están formadas por una secuencia de números, pero por la dificultad de operar directamente con ellos, la mayoría de personas utilizamos directamente las direcciones simbólicas basadas en el DNS *(Domain Name System)*, es decir, un sistema de nombres de dominio, una categoría que agrupa las direcciones de Internet, bien por su temática, bien por el país de origen de la dirección. Las tablas 15.1 y 15.2 ilustran algunos ejemplos.

Tabla 15.1. Ejemplos de dominios temáticos[2]

| | | |
|---|---|---|
| **Com** | **Empresas** | www.yahoo.com |
| **Edu** | **Universidades** | http://www.indiana.edu/~kinsey/ |
| **Gov** | **Gobierno** | http://www.health.gov/ |
| **Mil** | **Defensa** | http://chppm-www.apgea.army.mil/ |
| **Net** | **Redes** | http://www.healthy.net/ |
| **Org** | **Organizaciones** | www.who.org |

Tabla 15.2. Ejemplos de dominios nacionales

| | | |
|---|---|---|
| **Ca** | **Canadá** | Centro de Promoción de la Salud de la Universidad de Toronto<br>http://www.fis.utoronto.ca/people/faculty/marshall/content.htm |
| **It** | **Italia** | Agencia para la Promoción y la Educación para la Salud, la Documentación, la Información y la Promoción Cultural en el ámbito sociosanitario (SEDES)<br>http://www.sedes.it/ |

2. Al principio fueron propios de Estados Unidos, pero actualmente tres de ellos son ampliamente utilizados: .com, .net y .org. Próximamente estarán disponibles otros nuevos que permitan una mayor versatilidad, pero a la hora de cerrar este artículo todavía no estaban definidos.

| | | |
|---|---|---|
| **Mx** | **México** | Dirección General de Promoción de Salud de México<br>http://www.ssa.gob.mx/dgps/menu.htm |
| **Uk** | **Reino Unido** | Promoting Health in Scotland<br>www.hebs.scot.nhs.uk/ |

- La dirección completa de una página o URL *(Universal Resource Locators)* se compone entonces de los siguientes elementos:
- *El prefijo http://*, que se refiere al protocolo de transferencia de datos que utilizan los ordenadores conectados a Internet. La mayoría de programas permiten hacer la referencia a una página concreta sin utilizar este prefijo, es decir, en el formato *www.nombre.dominio* pero el programa navegador debe utilizarlo obligatoriamente.
- *Las siglas www* para referirse a este servicio específicamente.
- *El nombre de la organización, o de la marca, o del proveedor.*
- *El nombre de dominio*.
- *El nombre de la página*. Si no se especifica, se abre directamente la página principal de la dirección.

**Veámos un ejemplo**

http://
www
msc (Ministerio de Sanidad y Consumo)
es (España)

Lo que da la siguiente dirección del Ministerio de Sanidad y Consumo de España:
http://www.msc.es

Cuando se nos facilita una dirección como la anterior, que es única en todo el mundo, al igual que la dirección de nuestra propia casa, en realidad lo que se nos facilita es la referencia a una página en la que podremos obtener la información deseada, o desde la que accederemos a otras páginas que estén vinculadas a la primera, saltando así de página en página, simplemente siguiendo los vínculos que nos interesen en el marco de un enorme sistema hipertexto.

Un recurso que hay que tener muy en cuenta es la posibilidad de utilizar una herramienta llamada *buscador* que nos permita localizar aquellas páginas que

puedan tener contenidos de interés en base a criterios de búsqueda específicos tales como una palabra o una frase. En Internet hay una gran cantidad de buscadores altamente eficaces, pero destacamos tres entre los muchos posibles:

- www.yahoo.es
- www.altavista.es
- www.google.es

Una vez disponemos de acceso a Internet y tenemos instalado un programa navegador, podemos comenzar a visitar las páginas web de nuestro interés, siempre y cuando sepamos su dirección o utilicemos la ayuda de buscadores. Para facilitar un poco este trabajo, al final de este capítulo se han añadido las direcciones de las páginas web de algunas organizaciones relacionadas con la promoción de la salud y la educación para la salud que ofrecen información en castellano. La mayoría de organizaciones suelen tener páginas con vínculos o *links* que permiten conectar con otras páginas con temas relacionados y, a partir de este momento y gracias al sistema hipertexto, podemos comenzar con nuestra búsqueda de información o con nuestra visita virtual a diferentes organizaciones.

Gracias a esta conexión, podemos consultar virtualmente la base de datos Medline, la edición electrónica del Vademécum, podemos acceder a los artículos de diversas revistas relacionadas con la salud, o a páginas con información sobre determinadas enfermedades, tratamientos, casos clínicos, imágenes, etc.

**Figura 15.1.** Página de la OMS, http://www.who.org

## 2.2. Correo electrónico

Actualmente utilizan el correo electrónico cerca de 150 millones de personas, de las cuales 14 millones usan el castellano como lengua.[3] Existen en Internet cerca de 300 millones de direcciones, aunque dar cifras de usuarios en Internet siempre tiene carácter provisional, dada la velocidad a la que se producen nuevas altas. Se calcula que sólo en Estados Unidos. se envían cerca de 2.800 millones de mensajes de correo electrónico entre profesionales al año y se especula que, para determinado tipo de comunicaciones escritas, el correo electrónico puede desplazar en muy breve tiempo al correo normalizado en papel.

La facilidad, rapidez y economía que permite el uso del correo electrónico se traducen en la posibilidad de mantener contactos con profesionales y organizaciones de otros países o comunidades autónomas, con la recepción de boletines electrónicos, o la transmisión de documentos multimedia, con la participación en congresos virtuales y en grupos de trabajo, y con una gran variedad de nuevas posibilidades que aparecen cada día.

## 2.3. El protocolo FTP

Aunque pueda sonar a desconocido, en realidad es uno de los servicios de Internet más utilizado, especialmente si queremos enviar o recibir ficheros de un ordenador a otro. De hecho, hasta hace bien poco tiempo, cuando queríamos *bajarnos* un archivo, pongamos por caso el Glosario de Promoción de la Salud, necesitábamos un programa específico para hacer esta función, así como conocer la dirección desde donde iniciar la descarga. Entre los programas más conocidos se encuentra el *ws-ftp* y el *CuteFtp*.

Actualmente, algunos navegadores y programas para hacer páginas web tienden a hacer esta función automáticamente, de tal manera que podemos descargar, por ejemplo, un programa antivirus en nuestro ordenador sin que nosotros tengamos que saber que estamos utilizando el protocolo FTP. Este protocolo es

3. *El Periódico*, 20 de febrero de 2000.

el mismo que utilizamos cuando queremos actualizar nuestra propia página web en Internet y *subimos* al servidor la nueva versión.

**Ejemplo**

Descargar en nuestro ordenador un programa antivirus gratuito.

Utilizando Internet Explorer o Netscape Navegator como programa que nos facilite la navegación por Internet, conectamos con la siguiente dirección:

http://antivirus.cai.com

A continuación seleccionamos la opción *Download Free Antivirus Software*, y después de registrarnos, el programa se descargará gratuitamente en nuestro ordenador, a fin de proceder a su instalación una vez desconectados de Internet.

## 2.4. Listas de distribución

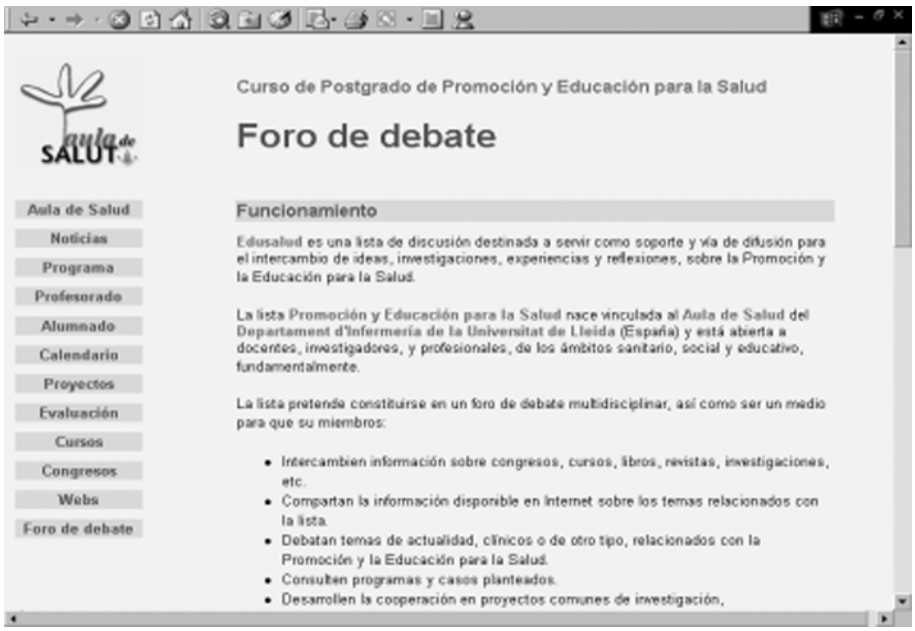
Una aplicación muy interesante desde el punto de vista profesional son las listas de distribución, también conocidas como listas de correo. Utilizan el correo electrónico como recurso básico y permiten que un mensaje enviado a la lista sea redistribuido automáticamente entre todos los suscriptores a la misma, independientemente de su número y ubicación. Para ello es necesario darse de alta en la lista y, seguidamente, un mecanismo automático se encargará de redistribuir los mensajes cada vez que lleguen al servidor central.

Las listas de distribución sirven para que diversos profesionales agrupados por temas de interés puedan intercambiar informaciones sin que cada suscriptor mantenga su propia agenda de contactos, ya que está centralmente automatizada. Algunas listas tienen un notable movimiento y sirven para difundir noticias de cursos, actividades, opiniones, avances técnicos, etc., llegando a alcanzar en algunos casos un número de suscriptores superior a los 500 ó 1000 profesionales, procedentes de más de una docena de países de habla hispana.

Para comprobar su funcionamiento y posibilidades, lo mejor es suscribirse a una lista que trate de un tema de nuestro interés, asegurándose de que sea una lista *viva*, es decir, que tenga actividad y participando progresivamente de la dinámica de la misma. Es mejor no suscribirse a demasiadas, ya que se corre el pe-

ligro de saturación de mensajes, con lo que las listas se convertirían más en un problema que en una fuente útil de información.

**Figura 15.2.** Pantalla a modo de ejemplo del curso de postgrado.




A continuación facilitamos las direcciones de algunas listas que consideramos de interés:

Tabla 15.1

| **Direcciones de algunas listas de distribución en castellano relacionadas con la promoción y la educación para la salud, hospedadas en la Red Iris** | |
|---|---|
| • Antropología de la alimentación y de la salud | www.rediris.es/list/info/aliment.html |
| • Documentación en medicina y ciencias de la salud | www.rediris.es/list/info/bib-med.html |
| • Calidad de vida relacionada con la salud | www.rediris.es/list/info/calidadvida.html |
| • Educación para la salud | www.rediris.es/list/info/edusalud.html |
| • Foro sobre celiaquía | www.rediris.es/list/info/celiaquia.html |
| • Psicología clínica y de la salud | www.rediris.es/list/info/clinicapsi.html |

| Direcciones de algunas listas de distribución en castellano relacionadas con la promoción y la educación para la salud, hospedadas en la Red Iris | |
|---|---|
| • Fisioterapia hispana | www.rediris.es/list/info/fisioterapia.html |
| • Foro sobre geriatría | www.rediris.es/list/info/geriatria.html |
| • Foro de expertos en drogodependencias | www.rediris.es/list/info/investdro.html |
| • Foro sobre medicina familiar y atención primaria de salud | www.rediris.es/list/info/medfam-aps.html |
| • Foro sobre medicina deportiva | www.rediris.es/list/info/medepor.html |
| • Foro sobre salud y SIDA | www.rediris.es/list/info/salud-sida.html |
| • Foro científico sobre sexualidad | www.rediris.es/list/info/sexologia.html |
| • Relación completa de las listas de Red Iris | www.rediris.es/list/tema/ |
| • Para hacer una búsqueda completa en castellano | http://www.rediris.es/list/buscon.es |

Cómo funciona una lista de correo:

### Suscribirse a la lista de distribución sobre educación para la salud Edusalud

Para suscribirse a la lista de distribución sobre educación para la salud, llamada Edusalud, sólo hay que enviar un mensaje a la dirección:

listserv@listserv.rediris.es

dejando el campo "asunto" en blanco, y escribiendo en el cuerpo del mensaje:

susbcribe nombredelalista nuestronombre

lo que en mi caso sería:

subscribe edusalud Pere Font

Al ser una lista moderada, es decir, que requiere cumplir una serie de requisitos para ser aceptado en ella, el servidor nos enviará un mensaje solicitando que rellenemos un pequeño formulario con nuestro nombre, profesión, lugar de trabajo, y otros datos de interés. Este formulario, una vez rellenado, debe ser enviado a su origen, para que el administrador de la lista evalúe la solicitud y si es correcta nos dé de alta en la misma.

A partir de este momento recibiremos automáticamente por correo electrónico los diferentes mensajes que los participantes en la lista distribuyan, y podremos enviar nuestras aportaciones.

En este caso, los mensajes a la lista de correo deberán enviarse a:

edusalud@listserv.rediris.es

mientras que los mensajes al servidor para solicitar ayuda, darse de baja o solicitar la relación de los otros suscriptores deberán enviarse a:

listser@listserv.rediris.es

Por ejemplo, un mensaje con la palabra *help* en el cuerpo hará que el servidor responda con una lista de los comandos disponibles y el modo correcto de utilizarlos.

## 3. Utilidad de Internet

Internet no es sólo un juguete, aunque también pueda serlo. Desde el punto de vista profesional Internet es un instrumento que nos proporciona una ayuda realmente inestimable, aunque tal vez también asuste o incomode un poco al principio, por lo que pueda representar con relación a hacer nuevos aprendizajes. Gracias a Internet, la comunicación electrónica con cualquier persona que disponga de correo electrónico en cualquier parte del mundo es económica, sencilla y rápida. La participación en foros de debate o en grupos de trabajo formados por profesionales de diferentes zonas del mundo es una realidad y no un sueño. La posibilidad de consultar desde casa o desde el lugar de trabajo artículos publicados en diferentes revistas especializadas o acceder a las bases de datos de diferentes bibliotecas y organizaciones, y además gratuitamente, es algo que todavía sorprende incluso a los profesionales acostumbrados a su uso, como sorprende la posibilidad de contrastar una opinión sobre un determinado caso clínico con profesionales de otros países o la participación en proyectos de investigación multinacionales.

**Figura 15.3.** Pantalla correspondiente al Diario Médico.

Es necesario destacar como caso que merece especial atención las inimaginables posibilidades de la formación a distancia a través de Internet, especialmente cuando el uso de la videoconferencia se generalice y podamos participar en cursos y seminarios de formación ofrecidos en cualquier lugar del mundo. En todo caso, Internet favorecerá de manera notable un cambio de estrategias de formación y de intervención pedagógica, obligando a redefinir los roles de profesor y alumno, y modificando la utilización de los recursos educativos y el sistema de gestión de los planes de formación.

Es posible que a algunas de las personas que estén leyendo este artículo les pueda parecer que el autor peca de un exceso de optimismo y que es un fanático convencido de las nuevas tecnologías. Bueno, algo de eso puede haber, pero son numerosas las personas que no se imaginaban a sí mismas ante un ordenador hace unos pocos años y que en cambio, hoy en día, utilizan las tecnologías de la información, aunque sea en un nivel relativamente elemental. Veamos el caso de Susana:

> Susana es enfermera, está casada y tiene una hija de un año. Vive en una pequeña localidad, a unos 30 km. de los grandes núcleos urbanos y trabaja en un pequeño hospital comarcal. Susana, junto con otros profesionales del centro, está trabajando en la creación de unas páginas web con información sanitaria sobre los temas de consulta más frecuentes en el hospital, con orientaciones y consejos sobre cómo mejorar la calidad de vida de las personas que viven en su área de influencia. Para ello han tenido que navegar unas

cuantas horas por Internet, para ver otros proyectos similares y aprender de ellos. También se han puesto en contacto con los profesionales de estos proyectos, vía correo electrónico, para intercambiar información y recibir asesoramiento.

Susana quiere progresar en su profesión, pero ante la dificultad de desplazarse a menudo a la capital, y por tener que cuidar de su hija pequeña se ha comprado un ordenador y ha optado por hacer un curso de formación a distancia vía Internet sobre promoción de la salud, que le permite seguir su propio ritmo de trabajo y recibir la documentación directamente en su ordenador y enviar las evaluaciones por correo electrónico. Una vez al mes, los alumnos de este curso mantienen un chat con otros profesionales y debaten temas relacionados con los contenidos del mismo. Además Susana mantiene contactos por correo electrónico con dos de las alumnas del curso, que también son madres jóvenes y tienen hijos de edad parecida a la suya.

Susana está suscrita a una lista de distribución sobre nutrición, donde puede plantear algunas dudas sobre aspectos de su trabajo a otros profesionales. Susana tiene a su mejor amiga trabajando en Inglaterra y se comunica con ella por correo electrónico, casi todas las semanas.

Susana hace cinco años no se habría reconocido a sí misma en este relato.

## 4. El futuro de Internet: oportunidades y amenazas

Realidad virtual, simulaciones, imágenes en tiempo real, formación a distancia por videoconferencia, telecirugía, etc. Éstas y otras muchas son las posibilidades de Internet a corto o medio plazo. Pero Internet, como toda tecnología, aporta nuevas oportunidades y también nuevos inconvenientes. Vamos a mencionar algunos retos a los que nos enfrenta el auge de Internet.

Cuando hablamos de la revolución de Internet tendemos a hablar de lo que nos fascina (o asusta), pero que en algunos casos todavía vemos como algo que no afecta demasiado a nuestras vidas y que probablemente tardará en hacerlo. Es posible, pero Internet tiene y tendrá una incidencia muy notable en el campo de la salud, tanto desde el punto de vista de los usuarios como desde el punto de vista de los profesionales y de las organizaciones. Y ello facilitará, por ejemplo:

- Una nueva orientación de los servicios que obligará combinar lo mejor de lo real con lo mejor de lo virtual; es decir, a valorar qué es lo que hacemos mejor

en la red (por ejemplo, ofrecer determinada información) y qué es lo que hacemos mejor en la realidad (atender al usuario).
- Nuevas posibilidades de cooperación entre organizaciones, equipos, profesionales, etc.
- Desarrollo de equipos y proyectos de trabajo fundamentalmente cooperativos y no competitivos.
- Nuevas maneras de gestionar la información en una cultura de la interacción, es decir, no sólo se recibe, sino que también se aporta.
- Adaptación (buena o mala) a la pérdida de la exclusiva del conocimiento por parte de quien habitualmente lo ha detentado. El conocimiento procederá de gran variedad de fuentes.
- Desarrollo de diversos niveles de adaptación en el uso de las nuevas tecnologías de la información.
- Nuevo sistema de principios y valores.
- Nuevas formas de exclusión social, provocadas por la aparición de cualquier nueva tecnología. Analfabetismo tecnológico o exclusión por imposibilidad de acceso.

A estas alturas del capítulo es evidente que el uso de Internet nos obliga, desde el punto de vista profesional, a aprender a utilizar una nueva tecnología, pero a diferencia de otras que sólo utilizamos en nuestro lugar de trabajo, el uso de esta tecnología se extiende a otros ámbitos de nuestra vida y se convierte en un servicio a nuestro favor. Internet, en definitiva, abre puertas a nuestro conocimiento y posibilidades. Que las crucemos o no, es cosa nuestra.

## 5. Recursos en la red

*Organizaciones internacionales relacionadas con la salud*

- Organización Mundial de la Salud
  www.who.int

- Organización Panamericana de la Salud
  www.paho.org

- Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud (IUHPE/UIPES).Oficina Regional Europea
  www.easp.es/ProyectosTemáticos/wwwiuhpe/welcome.html

*Organizaciones españolas relacionadas con la salud pública y la educación para la salud*

- Centro Universitario de Salud Pública. Comunidad de Madrid
  www.uam.es/otroscentros/saludpublica

- Escuela Andaluza de Salud Pública
  www.easp.es/

- Escuela Nacional de Sanidad
  www.isciii.es/unidad/ens/cens.html

- Gobierno de Aragón. Página de Educación para la Salud
  www.aragob.es/san/sares/eps.htm

- Gobierno de Aragón. Red Aragonesa de proyectos de promoción de la salud
  www.aragob.es/san/sares/rapps1/2rapps.htm

- Gobierno de Aragón. Direcciones de educación para la salud
  www.aragob.es/san/sares/sares/enlaces.htm

- Instituto Municipal de la Salud. Ayuntamiento de Barcelona
  www.imsb.bcn.es/

- Instituto de Salud Carlos III
  www.isciii.es/

- Instituto Universitario de Salud Pública de Cataluña
  www.ub.es/isp/isp.htm

- Instituto Valenciano de Salud Pública
  www.ivesp.san.gva.es/ivesp/frames1.htm

- Ministerio de Sanidad y Consumo
  www.msc.es

- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de Actividades Preventivas de Promoción de Salud
  www.farmanet.com/semfyc/

- Otras páginas de interés
  Asociación Azeleia de Educación para la Salud (Segovia)
  www.azeleia.org

- Instituto de Estudios de la Sexualidad y la Pareja
  www.ictnet.es/+iesp

Capítulo XVI

# Montajes audiovisuales

Salvador Sáez y Judith Serrano

El montaje audiovisual es uno de los medios audiovisuales más simples que existen. En realidad, es el sistema menos exigente desde el punto de vista metodológico. Consiste en una serie de diapositivas, proyectadas a un ritmo prefijado, sincronizadas con una banda sonora. Puede realizarse con un equipo sencillo, de fácil manejo, es decir, con un proyector de diapositivas y un magnetófono. En exposiciones, museos y ferias, se pueden contemplar montajes audiovisuales muy atractivos.

El proyector de diapositivas, que también puede denominarse *diascopio,* es un equipamiento bien introducido en el sistema educativo. Ofrece facilidad de transporte, economía, utilización sencilla y versatilidad. Una *diapositiva* es una transparencia de pequeño formato, con un marco de plástico o de cartón, y preparada para ser proyectada. Esta transparencia puede ser equivalente a una fotografía convencional, que representa una situación real, o bien ser equivalente a una transparencia de gran formato (de las utilizadas en retroproyectores), que representa un dibujo o un esquema. Las diapositivas son funcionales en el sentido de que son fáciles de obtener y de archivar. Además de las que se puedan hacer con una máquina de fotografiar o manualmente, se pueden comprar diapositivas sobre cualquier tema.

La diapositiva ofrece una imagen de mejor calidad que la transparencia. Por contrapartida, exige que la sala de proyecciones esté a oscuras. La oscuridad ambiental ayuda a focalizar la atención del auditorio en la pantalla. Este hecho tiene un efecto motivador muy importante. El único inconveniente es que dificulta la realización simultánea de otras actividades (como, por ejemplo, tomar notas).

Por su parte, la experiencia de registro de sonido y reproducción más elemental consiste en la simple grabación de voces de distintas personas o música con un *magnetófono*. Cuando se dispone de más medios, la banda sonora se puede elaborar con una mesa de edición. De todas formas, las prestaciones respecto al automatismo de los equipos aumentan constantemente.

Un montaje audiovisual supone una integración adecuada entre palabra, texto, imagen y sonido al servicio de un planteamiento educativo serio y coherente. De hecho, permite la producción de materiales didácticos que se adecuen al auditorio con facilidad.

La siguiente cita de Ferrés[1] resume perfectamente las principales características del montaje audiovisual:

**1)** "Un montaje audiovisual es una obra de comunicación de grupo,
**2)** que comunica la idea a través de la emoción,
**3)** con un tema y unos objetivos previamente establecidos,
**4)** desarrollados en un guión seriamente estructurado,
**5)** y rigurosamente secuenciado,
**6)** una obra con la imagen como lenguaje autónomo,
**7)** con una utilización "distinta" de la palabra...
**8)** ...de la música y de los efectos sonoros,
**9)** enriquecidos todos ellos por su mutua interacción,
**10)** y sincronizados conforme a un ritmo interno".

## 1. Funciones del montaje audiovisual

Un montaje audiovisual puede tener distintas funciones, que se pueden agrupar en tres grandes categorías:

- la motivadora,
- la informativa, y
- la expresiva.

1. J. Ferrés (1981).

Los montajes audiovisuales se emplean a menudo como elemento motivador, como elemento de sensibilización, previo al estudio a fondo de un tema. El lenguaje audiovisual es más sensitivo, más intuitivo y más penetrante que el lenguaje verbal habitual. En general, es menos preciso y menos riguroso, pero tiene más fuerza expresiva. Por este motivo, suele ser adecuado para provocar, cuestionar y despertar el interés por el objetivo educativo. En este caso, el montaje debe sorprender, interesar y convencer.

En otras muchas ocasiones, los montajes persiguen un efecto informativo, meramente didáctico. El montaje puede tener desde una finalidad metalingüística, es decir, ser un medio para el estudio del lenguaje de la imagen, hasta alcanzar cualquier ámbito del saber humano. Cuando un montaje audiovisual tiene una finalidad didáctica:

- presenta estímulos,
- dirige la atención,
- proporciona un modelo de conducta deseada,
- guía el pensamiento,
- provoca la participación, lo que favorece la observación y la crítica, y
- posibilita la discusión en grupo.

Si bien es cierto que los audiovisuales tienen ventajas indiscutibles en la enseñanza, también lo es que no se pueden emplear de forma excesiva e indiscriminada. Es este caso, se corre el riesgo de convertir los contenidos en superficiales. Cuando los montajes audiovisuales didácticos no resultan eficaces, suele ser debido a que no se han asumidos como una forma de expresión diferenciada, sino que se han planteado como simples prolongaciones del lenguaje verbal, es decir, como meras conferencias o discursos verbales, ilustrados con imágenes y amenizados con música de fondo. Este planteamiento no sólo es poco operativo, sino que a menudo resulta abiertamente contraproducente, tanto desde el punto de vista expresivo como desde la perspectiva de los resultados educativos.

Finalmente, cuando el montaje audiovisual se concibe como medio de expresión y comunicación, es grupal por naturaleza. En este caso, la función del montaje se centra en las necesidades expresivas del trabajo de un grupo, para dar a conocer sus ideas de un modo diferente. El trabajo de creación de un mon-

taje audiovisual, diapositivas incluidas, resulta un trabajo de grupo muy interesante y efectivo desde el punto de vista educativo. Algunas veces, el objetivo general de este tipo de montaje será sensibilizar o motivar; otras veces, su finalidad será informar, pero lo más importante será siempre comunicar.

La utilización del montaje audiovisual tiene efectos renovadores en el ámbito educativo, ya que introduce recursos técnicos de la vida cotidiana, exige una preparación previa, y fomenta la elaboración de archivos que podrán ser compartidos posteriormente. Sin embargo, el mero hecho de usar un montaje audiovisual no implica innovación educativa. Es necesario reflexionar sobre el objetivo de la innovación que se pretende. Para poder educar *con* los medios audiovisuales, Ferrés[2] afirma que es necesario recibir una preparación adecuada en una triple dimensión:

- *Técnica*: se trata de conocer lo audiovisual como tecnología específica, como forma de expresión diferenciada y como instrumento que permite unas aplicaciones didácticas peculiares.
- *Expresiva*: la dimensión expresiva, por su parte, debería atender a un triple nivel:

  – *instrumental*: hace referencia al conocimiento de los recursos técnico-expresivos,
  – *semántico*: hace referencia al conocimiento de estos recursos desde el punto de vista de la producción de sentido, y, finalmente,
  – *de diseño audiovisual*: se refiere a la asunción de lo audiovisual como forma diferenciada de procesamiento de las informaciones, es decir, a las formas de presentación.

- *Didáctica*: es importante recordar que el carácter motivador de los montajes audiovisuales no hay que buscarlo en la tecnología por sí misma, sino en la forma específica de procesamiento de la información.

2. J. Ferrés (1989, núm 175, pág. 84-89).

## 2. Bases técnicas del montaje audiovisual

### 2.1. Preparación del montaje audiovisual

La elaboración de un montaje audiovisual exige la realización de un trabajo previo sobre el papel. Se considera que un 50% de la validez y eficacia de un montaje depende de la planificación escrita. La obligación de escribir facilita el rigor y la claridad en la formulación de ideas, la precisión y la sistematización.

La preparación empieza con la delimitación del proyecto. La delimitación del proyecto consiste, básicamente, en:

- seleccionar el tema,
- especificar los objetivos, y
- buscar información relativa al contenido temático.

No todos los temas son adecuados para ser tratados audiovisualmente. Los más pertinentes son los que contienen informaciones de carácter audiovisual. Para los temas que exigen un tratamiento básicamente abstracto (verbalista), lo mejor es hacer un montaje motivador. Hay que tener siempre en cuenta que tanto la elección de los contenidos como la de la estructura y el tratamiento deben hacerse en función de la adecuación a los destinatarios y a los objetivos, siguiendo criterios didácticos.

Para lograr una mayor efectividad en el montaje audiovisual, hay que tener en cuenta las características físicas, socioeconómicas, educativas y psicológicas de la audiencia. De esta manera, se puede diseñar un material apropiado a sus necesidades, intereses y capacidades. Las reacciones de audiencias distintas pueden ser de muy diversa índole. Para determinados grupos, la información debería contener más datos, mientras que, para otros, bastaría con un esbozo.

Además de tomar en consideración las características del público, conviene definir de modo explícito la finalidad que principalmente persigue el montaje. Ello supone establecer y definir los objetivos específicos, es decir, decidir lo que se intenta que la audiencia sepa, haga, sea y sienta como reacción al material que se le ofrece.

La *sinopsis* es la presentación resumida de lo que será el montaje audiovisual en cuanto a contenidos y planteamiento. Incluye la selección de los contenidos, la presentación de las líneas generales de la estructura del montaje, y algunas referencias sobre el tratamiento estilístico. La sinopsis es, pues, la forma de plasmar la idea antes de convertirla en guión.

El *guión literario* consiste en la expresión escrita de una narración susceptible de ser tratada de manera audiovisual. El guión puede ser de libre creación o basarse en un texto previo. Sea como sea, debe tener tres momentos bien definidos:

- *inicio*: el montaje ha de ser capaz de captar la atención desde el primer momento,
- *nudo*: el desarrollo de la acción es el momento más importante, y
- *desenlace*: es la resolución de la situación.

Es importante que el guión esté bien estructurado, es decir, que sea un todo armónico y progresivo. Debe dar una impresión de unidad. Debido a las características de la percepción humana, la memorización se facilita cuando el material está organizado de manera significativa y lógica. Aunque el guión literario se limite a contar una historia, es conveniente que su concepción sea audiovisual desde el principio. Ello significa que el escrito debe tener presentes algunos aspectos de la realización, pero sin hacerlos evidentes.

El *guión técnico* (figura 16.1) es la trascripción escrita de las imágenes y de los sonidos tal como aparecerán en el montaje audiovisual, con el consiguiente desglose de las diapositivas, y la diferenciación entre la serie de imágenes y la banda sonora. Se trata, pues, de la presentación escrita del contenido del montaje, con el tratamiento formal detallado. En el guión técnico, se especifica lo que ha de verse y oírse, y la manera en que debe verse y oírse.

**Figura 16.1.** Guión técnico.

| Núm. | Descripción | *Story-board* | Tiempo | T + 1 | Texto | Música |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4. | | | | | | |
| . | | | | | | |
| . | | | | | | |
| $n_n$ | | | | | | |

El primer paso del guión técnico suele ser visualizar cómo se va a llevar a cabo la historia. Dicho de otra manera, hay que traducir a imagen todas las situaciones que se han señalado en el guión literario. Cuando cada una de las diapositivas se dibuja de forma esquemática, indicando todos los elementos formales que deberán tenerse en cuenta, el guión técnico se denomina *story-board*.

El guión técnico se desglosa en planos. Un plano es la unidad mínima de lectura visual, lo que, en el caso del montaje audiovisual, se corresponde con una diapositiva. Cada conjunto de diapositivas con unidad espacial, temporal o conceptual se considera una secuencia.

Es importante organizar lógicamente la información, de manera que se pueda entender con facilidad. De todas maneras, esta cuestión es más relevante cuando el montaje audiovisual se utiliza para transmitir información. Entonces, el material debe diseñarse de forma que se destaquen los datos más importantes, de una forma ordenada. En cambio, cuando el material busque una función motivadora, se puede permitir una mayor creatividad.

Cuando se elabora un guión técnico, hay que pensar en facilitar la focalización de la atención de la audiencia en los puntos principales. Por ejemplo, se pueden presentar al principio los puntos clave, porque así se recuerdan mejor. La repetición y el uso de formas concurrentes también tienen una influencia positiva sobre la memoria. Algunos de los elementos más atractivos o sorprendentes suelen reservarse para el final, puesto que es cuando el nivel de atención de los receptores tiende a decaer.

Asimismo, hay que tener muy en cuenta que el montaje audiovisual debe ofrecer al auditorio la impresión de una experiencia unificada. Cada diapositiva tiene que estar pensada en función de sí misma, y de la que la precederá y la seguirá. Es decir, cada plano debe expresar continuidad, creando en el espectador expectativas respecto a la continuación. También hay que evitar que las ideas no vayan en un sentido (mediante la expresión verbal) y que las emociones vayan por otra (mediante las imágenes y la música).

En el guión técnico, la idea fundamental es llegar a un equilibrio en el número de diapositivas que se vayan a proyectar. Hay que incluir toda la información necesaria, eliminando a la vez todo el material superfluo. Resulta básico dividir las ideas complejas en unidades sencillas. Hay que evitar la acumulación de información en una misma diapositiva, para que no se pierda la idea clave.

Al mismo tiempo, es importante no excederse en el número de impactos visuales. Los elementos que se muestran en cada montaje deben ser limitados. El número de diapositivas debe ser el adecuado a la transmisión del mensaje.

Normalmente, el guión técnico se estructura en varias columnas correlativas, correspondientes a los componentes visual y auditivo del montaje audiovisual. La primera numera las diapositivas en el mismo orden en que van a ser proyectadas. La segunda puede describir las imágenes. En las columnas correspondientes a la información auditiva se puede escribir en minúscula el texto hablado. En mayúsculas pueden ir las indicaciones, como el tono de voz, el tipo de música o de efectos sonoros. En otra columna puede constar la duración que se otorga en el montaje a cada diapositiva. También puede haber una columna que registre el tiempo acumulado.

Paralelamente al trabajo creativo de elaboración del guión, hay que llevar a cabo una tarea de organización. Es necesario prever las necesidades de producción a dos niveles:

- *personal*: guionistas, asesores, actores, locutores, técnicos, etc., y
- *material*: tiempo, equipamiento, servicios complementarios, presupuesto, etc.

De hecho, la confección definitiva del guión siempre estará condicionada por la respuesta que se pueda dar a estas cuestiones. La experiencia docente nunca puede justificar la improvisación.

## 3. Realización del montaje audiovisual

### 3.1. Edición

La edición del montaje audiovisual es el conjunto de operaciones mediante las cuales se seleccionan y se ordenan las diapositivas y se les confiere el ritmo adecuado, según lo previsto en el guión. Es decir, es el proceso que convierte el

guión técnico en imágenes sonoras. Otra manera de entender la edición del montaje audiovisual es como la realización de tres montajes: *1)* el montaje de imágenes fijas, *2)* el montaje sonoro, y *3)* la interacción entre ambos. Visto desde esta perspectiva, hay que tener siempre presente que cada uno de los elementos expresivos (imagen, texto, sonido, lenguaje oral) tiene su propia personalidad. Según lo que se quiera expresar, será más apropiado uno u otro. Por tanto, cada cual debe tener sus momentos de protagonismo. La imagen sugiere y simboliza. El sonido marca el ritmo y crea ambiente. Por su parte, la palabra ayuda a centrar los significados plurales de la imagen y hace pensar.

Durante la realización del montaje audiovisual, hay que cuidar especialmente la secuenciación, tanto la visual como la sonora. Se trata de narrar una historia, de presentar un mensaje a un cierto ritmo. En este sentido, uno de los puntos fundamentales de la edición es la determinación de la duración de la proyección de cada imagen. Cada diapositiva debe mantenerse en pantalla el tiempo suficiente como para que se perciba la idea que se desea transmitir, teniendo en cuenta, al mismo tiempo, las exigencias de la banda sonora. De todas maneras, se puede seguir una serie de recomendaciones técnicas, que son las siguientes:

- los *planos generales* son los que deben disponer de más tiempo, unos 18-20 segundos,
- los *planos medios* deben mantenerse durante un mínimo de 10-12 segundos, mientras que
- los *planos cortos* son los que pueden permanecer menos tiempo en pantalla, aunque no menos de 5-6 segundos.

Si se desea hacer un bombardeo de imágenes, con el objetivo de dar sensación de velocidad o nerviosismo, cada diapositiva se limitará a 2-3 segundos.

En el proceso de edición del montaje audiovisual, las relaciones entre la imagen y el lenguaje verbal son especialmente importantes. Estos dos elementos pueden mantener distintas formas de interacción:

- cuando la imagen del audiovisual se reduce a la mera ilustración de un sentido plenamente determinado en el texto, el impacto que produce es pobre,

- cuando la imagen constituye la expresión básica de la idea, el texto resulta accesorio o innecesario,
- cuando se da una contradicción entre el significado de la imagen y el de la palabra, la situación crea extrañeza en el observador, aunque puede servir como técnica para captar la atención, y
- cuando el texto refuerza las connotaciones y disminuye la polisemia de la imagen, que es la opción más frecuente y la más útil para desarrollar las ideas, ambos elementos conforman una unidad significativa.

En general, hay que tener presente que la realización es una tarea tanto creativa como técnica. El proceso creativo es el que da origen al ajuste del ritmo y la cadencia con la que habrán de sucederse las imágenes. Cada opción creativa comporta unas dificultades técnicas que hay que resolver, al tiempo que cada opción técnica debe llevarse a cabo en función de unas necesidades expresivas determinadas.

## 4. Componente visual del montaje audiovisual

El componente visual del montaje audiovisual comprende todo lo que las diapositivas reflejan en la pantalla (personajes, objetos, decorados, dibujos, etc.). El reto del componente visual es encontrar la imagen adecuada a cada momento, la que sea capaz de suscitar tanto los sentimientos como los pensamientos que se pretenden. La confección de las diapositivas exige, pues, conocimientos tanto pedagógicos como semióticos.

En la elaboración de diapositivas, es importante destacar que las imágenes deben ser, preferentemente:

- simples,
- icónicas, es decir, no abstractas,
- monosémicas, aunque se puede utilizar alguna imagen polisémica para provocar la reflexión o la imaginación, y
- denotativas, o sea, documentales, aunque resulta adecuado alternarlas con algunas imágenes simbólicas (de alta carga connotativa).

Hay que tener en cuenta que los gráficos de trazos sencillos, con los elementos más importantes adecuadamente destacados, son los que facilitan mejor la comprensión. Éstos incluyen los esquemas, los mapas, los dibujos lineales y los diagramas. Los ejemplos simplificados suelen ser más efectivos que las imágenes más realistas (las fotografías) porque contienen menos elementos irrelevantes. Si el gráfico debe ser diseñado con cierta complejidad, hay que identificar los elementos que deban destacarse con flechas o con etiquetas.

Las dos formas básicas de realizar diapositivas son utilizando una máquina fotográfica y elaborándolas sobre papel. La fotografía de diapositivas puede constituir el primer acercamiento a los medios tecnificados de captación de imágenes. En primer lugar, hay que tener en cuanta que la diapositiva es distinta a la imagen fílmica. La diferencia está en la capacidad para reproducir el movimiento. La estaticidad de la diapositiva disminuye la preparación técnica necesaria en el caso del vídeo o el cine. Además, la fotografía de diapositivas es más asequible desde el punto de vista económico.

Cuando se empiezan a elaborar diapositivas con una máquina fotográfica, hay que prescindir de técnicas sofisticadas y comenzar por lo más sencillo: el control de la composición, la profundidad de campo bien empleada, el trabajo en condiciones de luz estables, etc. En el caso de las diapositivas, el control de la luz y del color causado por la fuente de luz, del encuadre y del contraste, es más crítico que en el caso de la fotografía sobre papel, porque se trata de un material que admite menos manipulaciones en el laboratorio. Para conseguir buenas fotografías, hay que tener paciencia e ir investigando poco a poco.

Debemos tener presente que el cambio de planos es uno de los elementos que dan ritmo a un montaje. Normalmente, los planos muy cercanos serán más eficaces para finalidades analíticas o dramáticas. En cambio, los planos lejanos son mejores para finalidades de síntesis, de localización o de contextualización. La utilización repetitiva de un mismo plano ocasiona tedio y aburrimiento en la audiencia.

Las diapositivas sobre papel requieren menos medios técnicos y económicos que las fotografías. Se dibuja sobre el papel, se coloca en el marco y se proyecta. El tamaño final del motivo que se vaya a realizar debe encuadrarse en un rectángulo de $24 \times 36$ mm. Además, hay que añadir unos márgenes para que se sujete el marquito de la diapositiva. El dibujo puede hacerse directamente en el rectángulo o bien reducirse con una fotocopiadora. Se puede optar

por la reducción por motivos de comodidad o para presentar copias de documentos variados. Es posible recurrir a imágenes de archivo, mapas, gráficos, dibujos de artistas o fotografías.

En la elaboración de diapositivas, hay que tener en cuenta que los elementos que haya que destacar deben colocarse, preferentemente, arriba y a la derecha. Ello es debido a la tendencia natural de la mirada al desplazarse. También hay que recordar que la novedad atrae la atención. Atrae todo lo que es de mayor tamaño, más brillante, o que tiene una forma o un color diferente. De todas maneras, es preciso evitar los cambios bruscos en las tonalidades. El encadenamiento de las formas, los colores, las líneas y las composiciones son importantes.

Al dar color, es conveniente valorar la simbología icónica. En nuestra cultura, por ejemplo, el rojo tiene connotaciones de fuerza, violencia; el azul representa la espiritualidad, la tranquilidad; el verde indica serenidad, naturaleza; mientras que el amarillo señala inteligencia, luminosidad.

Los mejores tipos de papel para realizar diapositivas son:

- el papel de acetato, que es completamente transparente, por lo que da mucha luminosidad,
- el papel celofán puede ser de diversos colores, pero hay que tener cuidado con los rotuladores, porque la tinta tiene tendencia a extenderse,
- el papel vegetal es un papel traslúcido que acepta rotuladores de cualquier clase, y
- el papel cebolla, que es más fino que el anterior, por lo que se arruga y la tinta traspasa con facilidad.

Para dibujar sirve casi cualquier tipo de instrumental. Los más adecuados son:

- los rotuladores dan colores brillantes y trazos uniformes, pero con el papel de acetato y el celofán se necesitan rotuladores especiales,
- la tinta china y el Rotring resultan muy útiles para dibujar contornos, y
- los lápices de colores, que pueden ilustrar fondos, pero no son adecuados para los contornos.

Las diapositivas también pueden contener un texto. De todas maneras, las diapositivas con predominio de información escrita nunca deberían superar el 10% del montaje. Para confeccionar diapositivas con texto, es importante tener en cuenta una serie de factores. Para empezar, cuanto más texto contiene la imagen, más tiempo tarda la audiencia en leer la información. Hasta que no se haya leído, no se empezará a prestar atención a lo que se oiga. En general, se recomienda usar la regla del seis para limitar la cantidad de texto. Esta regla indica que, en cada diapositiva, pueden aparecer como máximo seis líneas de un máximo de seis palabras cada una. Por encima de este número de elementos, la pantalla da impresión de saturación. Por lo tanto, hay que priorizar el uso de palabras clave. La información no debe provenir de la simple lectura.

Las letras deben tener un aspecto sencillo. Los tipos con trazos iguales y sin remate son los que se leen mejor. La negrita también facilita la lectura, siempre que no sea muy exagerada. Asimismo, debe evitarse el uso exclusivo de las mayúsculas. La combinación normal de mayúsculas y minúsculas es la que se lee más rápidamente. Tampoco es recomendable usar más de dos tipos de letras en un mismo montaje. Para destacar diferentes elementos es mejor utilizar variaciones de tamaño y de estilo dentro del mismo tipo.

El tamaño de las letras no debería ser inferior a 1/24 de la altura de la pantalla. Si se utiliza un programa informático de tratamiento de texto, el tamaño seleccionado nunca debería ser inferior a 20 puntos, aunque el más indicado es el de 24.

## 5. Componente auditivo del montaje audiovisual

El componente auditivo del montaje audiovisual comprende todo lo que se oye. Sus elementos básicos son la palabra, la música, y los efectos de sonido, que incluyen los ruidos ambientales. Por tanto, la sonorización de un montaje audiovisual consiste en la elaboración de la banda sonora definitiva.

La palabra es un factor fundamental en la mayoría de los montajes audiovisuales. A través de ella, se expresan sentimientos e ideas. Para que cumpla su función, es fundamental cuidar la calidad y la adecuación de las voces en función de las necesidades expresivas. Las voces seleccionadas deben ser claras y agradables. Hay que ensayar antes y vocalizar bien durante la grabación del texto.

Cuando la diapositiva lleva asociado un texto hablado, hay que dejar unos cuatro segundos para mirarla antes de que comience la audición. De esta manera, la atención que requiere la imagen queda libre para escuchar el texto. Desde luego, habrá que bajar el volumen de la música y/o de los efectos sonoros mientras se habla para que la palabra se perciba con claridad.

Dentro del montaje audiovisual, la música y los elementos sonoros tienen entidad propia. Como elementos constitutivos del montaje que son, no se pueden utilizar de simple relleno. Hay que tener presente que pueden, y deben, incidir fuertemente en la emotividad del montaje. En principio, la banda sonora ayuda a la localización de la época y la acción. De todas maneras, hay que tener presente que la finalidad de los efectos sonoros es la de crear un clima, no simplemente la de copiar la realidad.

No es conveniente usar una única pieza musical como fondo para todo el montaje, ya que resulta empobrecedor. Tampoco es adecuado un mosaico musical. En este caso, distrae. La mejor opción es realizar un cambio musical o un silencio prolongado para marcar el final de una secuencia, o parte del montaje, y el principio de otra. También se puede buscar una música que cree el clima dominante, y que se repita en los momentos más significativos. Esta melodía se denominaría *leit-motiv*.

Para realizar la banda sonora del montaje audiovisual, se puede recurrir a música de todos los estilos, fragmentos de canciones, voces, y toda clase de efectos de sonido, relacionados directa o indirectamente con el tema. Solamente hay que evitar las músicas muy conocidas, especialmente si se asocian a anuncios de televisión (o similares). Hay que recordar que los silencios también pueden ser expresivos, si se colocan en el momento adecuado.

## 6. Exhibición del montaje audiovisual

Para que un montaje audiovisual sea eficaz, es necesario que concurran las situaciones siguientes:

- que se encuentre inserto en un proyecto educativo global,
- que la proyección se desarrolle sin problemas técnicos, y

- que la exhibición del montaje vaya precedida de una sesión de preparación.

El material que se proyecta debe ser atractivo por sí mismo y ser capaz de captar la atención de las personas a las que se dirige. Para que la atención se mantenga, es necesario que:

- el montaje sea significativo para la audiencia,
- la audiencia se sienta implicada,
- la información no exceda la capacidad de información de la audiencia, y
- la complejidad de la información sea moderada, ya que la audiencia pierde interés tanto si la información es excesivamente compleja como si es demasiado sencilla.

Antes de la exhibición del montaje audiovisual, es sumamente importante prever los inconvenientes técnicos que puedan surgir. En primer lugar, hay que cuidar que las condiciones de proyección sean buenas. Para que la comunicación sea eficaz, no ha de suponer ningún esfuerzo, ni distinguir la imagen, ni captar el sonido. Por ejemplo, para garantizar la visibilidad por parte de la audiencia, nadie puede quedar más allá de ocho veces la altura de la imagen proyectada. También debe regularse adecuadamente el volumen de la banda sonora. Resulta desagradable que esté demasiado alto o demasiado bajo.

La variedad de sistemas de los proyectores de diapositivas hace que no exista una norma general sobre la manera de introducir las diapositivas para evitar las imágenes invertidas. Por lo tanto, siempre es conveniente probar la serie de diapositivas antes de la exhibición, por si hubiera alguna mal colocada. Si ello no fuera posible, se puede recordar que, en la ventanilla de proyección, la diapositiva debe verse completamente invertida, tanto de derecha a izquierda como de arriba a abajo.

Una vez que el público se encuentre instalado en la sala de proyección, hay que realizar alguna introducción oral. No es conveniente pasar el montaje audiovisual directamente. La introducción debe servir para situar el montaje en el contexto educativo, con el fin de favorecer el interés del auditorio. En ese momento, hay que tener bien claros los objetivos planteados con la proyección del audiovisual. Normalmente, resulta conveniente hacer partícipe a la audiencia

de los objetivos que se persiguen, siempre en función de sus características (edad, nivel cultural, etc.).

Durante la exhibición del montaje audiovisual, hay que vigilar que las rejillas de ventilación del proyector no queden obstruidas (con papeles, libros, etc.). Una vez acabada la proyección, si el aparato no debe ser trasladado inmediatamente, es mejor dejar que la bombilla se enfríe a temperatura ambiente, sin mantener el ventilador en marcha con la bombilla apagada para forzar el proceso.

## 7. Análisis del montaje audiovisual

Después de la exhibición del montaje audiovisual, es importante conseguir que el auditorio participe y profundice en sus reflexiones. Si no se permite la discusión posterior, el montaje audiovisual puede no ser bien aceptado. El análisis grupal supone tres fases básicas:

- la exposición por parte del auditorio de las primeras impresiones (afectivas, intelectuales, estéticas, etc.),
- el planteamiento de preguntas para comprobar si el grupo ha captado el mensaje principal del montaje, y
- el diálogo y el debate propiamente dichos, momento en que habrá que hacer referencia, como mínimo, a la estructura global, y al uso de la palabra, de la imagen y del sonido.

En todos los casos, habrá que dejar tiempo suficiente para que el mensaje se procese y se llegue a su interiorización.

La segunda finalidad del análisis del montaje por parte del auditorio es contribuir a su evaluación. Como toda actividad educativa, el montaje audiovisual necesita ser evaluado. De esta manera, será posible conocer la incidencia que la proyección ha tenido en el grupo y reorientar el montaje para un uso posterior. La eficacia de un montaje audiovisual no sólo está en función de sus propias características (precisión y estructuración de la información, atractivo icónico, etc.). También inciden parámetros externos tales como los objetivos del educador, las actividades de preparación, las expectativas del auditorio o el contexto

en el que se lleva a cabo la proyección. El impacto del montaje es el resultado de la interacción entre todos estos factores.

Los resultados del análisis de un montaje audiovisual pueden recogerse en una guía didáctica. Siempre resulta interesante disponer de una. La redacción de una guía didáctica debe tener en cuenta los siguientes apartados:

- descripción del contenido,
- objetivos didácticos,
- informaciones complementarias,
- sugerencias didácticas (para antes, durante y después de la exhibición del montaje), y
- bibliografía.

La guía puede ir incorporando los resultados derivados de las sucesivas experiencias.

Capítulo XVII

# La gran campaña mediática

Rafael Guayta

Mientras los problemas de las sociedades modernas no tengan soluciones sencillas y únicas, las campañas de comunicación de masas pueden ayudar. La televisión, la radio, las películas y la prensa han incrementado en los últimos tiempos su presencia y desarrollado su creatividad para presentar la información y estimular el interés, el cambio de actitudes y finalmente el cambio de conductas. Las campañas de comunicación de masas tienen componentes típicamente interpersonales (entrenamiento, *counselling*) y comunitarios (recomendaciones para grupos heterogéneos) y, en las campañas más sofisticadas ambos elementos se interrelacionan a través de diseños estratégicos.

Una campaña mediática puede ser definida como aquella acción que posee cuatro componentes:

- Es persuasiva y persigue influir sobre los individuos.
- Tiene como objetivo llegar a una gran audiencia.
- Tiene más o menos especificado el tiempo límite que va a durar.
- Involucra y organiza instrumentos típicos de las actividades de los medios de comunicación.

El uso de los *mass-media* en la gran campaña mediática corresponde al ensamblaje de diferentes medios de comunicación indirectos de masas utilizados a lo largo de una gran campaña de publicidad social. Las grandes campañas mediáticas de hoy en día dependen sobre todo de las cadenas de TV aunque también pueden emplearse otros medios indirectos: *1)* escritos (anuncios de prensa, editoriales, revistas, vallas publicitarias, etc.), *2)* sonoros (radio) y *3)* audiovisua-

les (cine, vídeos, películas caseras, etc.). El porqué del uso de multimedia se basa en la asunción de que:

- cada medio puede llegar a una subaudiencia que lo usa frecuentemente y está fidelizada a él;
- la multiexposición genera invariablemente, por fenómeno de repetición del mensaje, mayores efectos en el componente cognitivo y afectivo de los los individuos expuestos.

Los diferentes medios se dirigen, por lo general, a poblaciones dianas en diferentes estadios del comportamiento con la ayuda de esa variación de mensajes sobre el mismo tema. Ese efecto de repetición del mensaje es el que capta la atención del receptor y desarrolla los primeros niveles taxonómicos cognitivos, afectivos y algunas veces psicomotrices: recepción, voluntad de responder, tendencia espontánea a la imitación. La mayoría de campañas incluyen un esfuerzo para persuadir individualmente a los individuos a la adopción de innovaciones en la más pura teoría del aprendizaje de Rogers.[1] La innovación requiere cambios individuales y cambiar es difícil: a menudo produce miedos, resistencias y otras reacciones potencialmente inhibidoras.

Existen dos tipos de innovaciones que conciernen específicamente a las campañas mediáticas: incrementar y prevenir. Las primeras se basan en métodos conductuales destinados a favorecer el aumento de frecuencia de un comportamiento deseado, y suelen ofrecer la satisfacción de las motivaciones a corto plazo.

Las innovaciones preventivas son más difíciles de difundir rápidamente entre la población, ya que la obtención de beneficios y la satisfacción de motivaciones individuales suelen orientarse hacia la disminución de probabilidades de ocurrencia de un suceso o a la evitación de un fenómeno futuro (prevenir la enfermedad cardiovascular, el cáncer, el SIDA, los embarazos no deseados, etc.). Normalmente exigen que el individuo pase a la acción, ejecute voluntariamente la conducta, ofreciéndole los beneficios a medio o largo plazo y pueden no suceder aunque la acción preventiva se lleve a cabo. Bajo este punto de vista es comprensible que los individuos no adopten las innovaciones preventivas fácil o rápidamente.

1. E.M. Rogers (1987).

Normalmente una campaña mediática con objetivos claramente sanitarios quiere comunicar hallazgos procedentes de la investigación médica, en su mayor parte concernientes a factores de riesgo conductuales. Desde el tabaco, pasando por el sida, el sobrepeso, el alcohol, la conducción segura, etc., los individuos son bombardeados constantemente a través de los *mass-media* acerca de las conductas que se consideran de riesgo para su salud. Para hacerlo todavía más extenso, los individuos están expuestos a la información sobre qué deben cambiar sobre su conducta, qué estrategias son las mejores desde el punto de vista individual, y cómo los sistemas, desde la familia a la comunidad, pueden contribuir al proceso de cambio.

Debido a que los *mass-media* siempre quieren abordar nuevos aspectos para informar, y debido a que el gran público cada vez está más interesado en determinados tópicos sobre la salud o el "encontrarse bien", los soportes mediáticos no sólo son un vehículo pasivo para la promoción de la salud. A las noticias sanitarias normalmente se les reserva un espacio relevante en la radio, prensa, televisión, etc., bajo epígrafes como: "la enfermedad de la semana", al tiempo que los documentales o informativos en TV concentran su información sobre los aspectos sanitarios y sociales de las grandes patologías: cáncer, SIDA, Alzheimer, etc. No obstante, en opinión de Signorelli, dichos programas emiten un "retrato" de la enfermedad o de sus factores de riesgo que a menudo entra en contradicción con lo que los profesionales de la salud consideran adecuado para lograr un cambio de conducta hacia la salud.

Debido a esto, y al enorme potencial que la combinación de los *mass-media* poseen para diseminar dichas informaciones, algunos profesionales e instituciones sienten la necesidad de aceptar como su propia responsabilidad la realización de campañas mediáticas que atañen a la salud.

Pocas evaluaciones de las grandes campañas han sido realizadas con rigor. Entre los ejemplos más meritorios encontramos los programas de deshabituación tabáquica de Flay,[2] y los de prevención cardiovascular de MacCoby y Salomon,[3] Farquhar, etc. De dichos estudios concluimos que existen ciertos principios para que una campaña sea exitosa y, por el contrario, aquello que no debe hacerse si quiere no fracasarse

2. B.R. Flay (1986).
3. N. Maccoby; D.S. Salomon (1986).

Tal y como De Jong y Winston[4] observaron en sus metaanálisis de las campañas mediáticas, el principal error es ser excesivamente optimista en el grado de cambio que puede obtenerse a través de ellas. Esto en las décadas más recientes se ha corregido teniendo en cuenta factores contextuales importantes para el éxito o el fracaso de una campaña mediática. Ocurren, a buen seguro, cambios graduales a largo plazo tras la exposición repetida a los mensajes; el descenso en la prevalencia de tabaquismo es un ejemplo de ello. Las campañas mediáticas pueden jugar un papel en el cambio conductual, pero dicho cambio está invariablemente influenciado por factores independientes no mediáticos.

La tasa de adopción de una innovación se aproxima en el tiempo a una curva en S. En un primer momento, el número de personas que adoptan el comportamiento debido a la exposición a la idea es relativamente bajo por unidad de tiempo. Cuando entre el 15% y el 25% de miembros de la comunidad adoptan la nueva idea, la tasa de adopción sufre un punto de corte a partir del cual el número de personas que se adhieren a la innovación empieza a crecer rápidamente.

La estrategia prioritaria para difundir una innovación entre los miembros de una comunidad consiste en buscar el punto de *masa crítica*. A partir de ese punto, la innovación se sustenta por sí misma en el propio proceso de difusión comunitaria. Podemos definir la *masa crítica* como el punto a partir del cual existen los individuos que han adoptado la nueva conducta, suficientes para que el coste-beneficio de la adopción se perciba como positivo y la innovación se sustenta a sí misma por el propio proceso de imitación social propuesto por Kelman.[5]

Esta noción de *masa critica* implica que en una campaña larga se requiere una cierta precocidad en la difusión de los mensajes principales, pero que a partir de que cierto número de individuos se adhieren al comportamiento, éste viene realizándose independientemente de la campaña. Ésta fue la base de la idea del North Karelia Project. La noción de masa crítica implica asimismo que la difusión de las innovaciones se inicia a un ritmo relativamente lento. Los efectos de las campañas mediáticas son acumulativos, como el crecimiento de una estalactita, dice Backer. Volviendo al proyecto North Karelia, que, como dijimos, ilustra claramente este

4. W. de Jong; J.A.Winston (1989).
5. H.C. Kelman (1969).

ejemplo, empezó hace 20 años. Tras dos décadas de compromiso a largo plazo y de hallazgos continuos, ciertos aspectos conductuales para la reducción del riesgo cardiovascular están pudiendo implementarse de nuevo, cosa que no hubiera sido posible en un proyecto más corto, de 5 años, por ejemplo.

Cuando nos planteamos realizar una campaña mediática, los principales puntos que hay que tener en cuenta para un análisis comparativo son los siguientes:

**1)** El desarrollo de una red analítica (tabla 17.1) que, parafraseando a Rogers y Storey,[6] incluya los tipos de componentes mediáticos (el sistema de difusión de mensajes y los canales de comunicación que contiene la campaña), los tipos de colaboraciones (entre individuos y organizaciones), el contexto ambiental en el cual la campaña se desenvolverá y pretenderá impactar, la estructura de organización de la campaña, los principios que la inspiran y, por último, los efectos deseados y el criterio de evaluación de los mismos, de la campaña en la población objeto.

**2)** Una revisión de la literatura: hay que revisar las diferentes campañas realizadas, publicadas o no publicadas, para identificar objetivos, diseños, actividades y resultados de las mismas. Hay que hacer especial hincapié en la literatura que muestra evaluaciones, realizadas por profesionales de los *mass-media*, los profesionales sanitarios y por *sponsors* y potenciales consumidores, que puedan extrapolarse por su efectividad.

Tabla 17.1

| **Componentes mediáticos** |
|---|
| • Radio y TV |
| • Noticiarios |
| • Programas informativos (debates, entrevistas, documentales) |
| • Programas de entretenimiento (radiofónicos, culebrones, películas, etc.) |
| • Apariciones de personajes relevantes (celebridades, testimonios) |
| • Acontecimientos de recaudación de fondos (telemaratones, etc.) |
| • Medios escritos (prensa, revistas, libritos, folletos, etc.) |
| • Pósters |
| • Películas realizadas *ex profeso* |

6. E.M. Rogers; J.D. Storey (1990).

Tabla 17.1 (continuación)

| Componentes mediáticos |
|---|
| • Debates radiofónicos, entrevistas<br>• Películas y vídeos de educación sanitaria<br>• Acontecimientos especiales (premios, concursos, etc.) |
| **Estructura de la campaña** |
| • Objetivos<br>• Proyecto de evaluación<br>• Colaboraciones individuales o grupales<br>• Diseño<br>• Producción<br>• Funcionalidad<br>• Evaluación formativa<br>• Reajustes<br>• Evaluación de resultados |
| **Efectos** |
| • Concienciación<br>• Información<br>• Cambio de actitud<br>• Intención<br>• Conducta<br>• Adopción (uso continuado)<br>• Interiorización (mantenimiento voluntario de manera permanente) |
| **Colaboraciones** |
| • Mass media<br>• Gobierno<br>• Profesionales de medicina preventiva<br>• Líderes comunitarios<br>• Expertos mediáticos y organizaciones de expertos<br>• Organizaciones profesionales/ productores de medios |
| **Contexto** |
| • Sistema de salud<br>• Escuelas<br>• Familia<br>• Medio laboral<br>• Político<br>• Comunidad |
| **Principios de trabajo** |
| • Usar multimedia<br>• Combinar medios y experiencias interpersonales |

Tabla 17.1 (continuación)

| Componentes mediáticos |
|---|
| • Segmentar la audiencia<br>• Usar celebridades (personajes testimoniales) para llamar la atención<br>• Mensajes claros y sencillos<br>• Enfatizar las conductas positivas más que las consecuencias negativas de su no adopción<br>• Involucrar figuras claves de la organización política o ciudadana<br>• Benefíciese del *timing*<br>• Use evaluación formativa |

**3)** Entrevistar a diseñadores.

**4)** Analizar posibles inferencias (generalizaciones).

**5)** Desarrollar un sumario de lo que quiere hacerse.

Por supuesto sería magnífico, que las grandes campañas mediáticas pudieran por sí solas solucionar todos los problemas de salud de una población determinada, pudiendo evitar los costes derivados de la producción de otros métodos indirectos.

Quizás exista un consenso en algunas campañas, dirigidas específicamente al consumo de alcohol, al tabaco o al uso de los cinturones de seguridad.

Hace unos años, la Dirección General de Medios de Comunicación Social encargó un estudio detallado sobre las incidencias en la contratación publicitaria a la Asociación Española de Agencias Publicitarias, para lo cual recurrió a la experiencia contrastada de asociados relevantes. Se fijó una serie de condiciones para contratar publicidad de una manera eficaz.

Las conclusiones a las que se llegaron se resumen a continuación.

## 1. Selección de agencias

En la fase de organización de un plan de publicidad mediática, el primer acto concreto (ya sea por principio de concurrencia o contratación directa) consiste en seleccionar la agencia a la cual confiar la labor del desarrollo de la campaña de publicidad. No existen dos agencias de publicidad exactamente iguales y, en consecuencia, la selección de la misma debe ser la tarea más importante a afrontar.

No debe olvidarse que cuando se contrata una agencia de publicidad, realmente lo que se está haciendo es contratar a un equipo de personas que van a trabajar conjuntamente con el cliente en un proyecto determinado. Por lo tanto, la agencia con los mejores profesionales, motivada por los mejores directivos, es la que mayor posibilidades de éxito tiene.

Hemos hablado con anterioridad de dos conceptos verdaderamente importantes en cualquier campaña mediática: el *briefing* y el plan de medios.

**a)** El *briefing* (instrucciones, informaciones clave para elaborar la campaña), es fundamental para una buena campaña. Debe ser muy concreto y evitar ambigüedades, procurando cubrir con la mayor precisión posible las siguientes áreas:

- El mercado (área geográfica, población diana, campo de acción).
- El producto (actividad preventiva, promoción de la salud, *compliance* terapéutica, etc.).
- El consumidor o comprador (características socio-culturales, económicas, etc., de la población objeto de la intervención).
- Competencia (mensajes anti-salud, presión de *lobbys* para promocionar conductas contrarias a la propuesta).
- Campañas previas y resultados obtenidos.
- Objetivos.
- Imperativos creativos.
- Estilo y tono de la comunicación.
- Inversión presupuestaria.
- Época de emisión prevista.
- Medios que querrían usarse.
- Timing.

**b)** Otro punto importante, como hemos comentado es el plan de medios. En este documento se reflejan los medios que oferta la agencia, que deben en principio corresponderse con los que desea el cliente, las franjas de emisión, la temporalidad de su puesta en escena, etc. Esto se expresa en una cuadro de doble entrada como el que se muestra en la tabla 17.2.

Tabla 17.2. Modificado con autorización de la Campaña del Fumador Pasivo de Cataluña. Enero 1990.

| Día | Soporte/medio | Mensaje |
|---|---|---|
| 16/11 | Suplemento de medicina de *La Vanguardia* | Reproducción póster f umador pasivo(familia) |
| 20/11 | El Periódico | Oficina |
| | Avui | Oficina |
| | El País | Oficina |
| | El Observador | Oficina |
| 23 /11 | Suplemento de medicina de *La Vanguardia* | Familia |
| | El Periódico | Restaurante |
| | Avui | Restaurante |
| | El Observador | 441 (Barcelona) |
| 2.ª quincena de noviembre | Vallas publicitarias | |
| 1.ª quincena de diciembre | Publivia | |
| | Cuatro Por Cuatro | |
| | Delta | |
| | Fixsa | |
| | Expoluz | |
| | Avenir | |
| | Panel | |
| | Póster | |
| 20-31 noviembre | Cuñas Radiofónicas | 40 cuñas |
| | Catalunya Radio | 40 cuñas |
| | SER/FM | |
| 3-19 diciembre | A3/Barcelona | 21 cuñas |
| | Catalunya Radio | 40 cuñas |
| | SER/FM (40 Principales) | 40 cuñas |
| | A3/Barcelona | 14 cuñas |
| 20-31 noviembre | TV3 | |
| 3-19 noviembre | A3 Televisión | 20 pases de media parte para partidos del sábado, tras telediarios, tras pr ograma de entrevistas, magazine de los martes |
| | TV2 Catalunya | |

**c)** *Continuidad*. La respuesta a un problema de comunicación muy pocas veces son necesarios años para establecer un concepto. Se aconseja por ello establecer unas relaciones entre las agencias (dicho enfoque no es siempre posible en el campo de las administraciones públicas, ya que el principio de concurrencia rige el contrato administrativo a partir de una cantidad determinada, la cual impide la adjudicación directa) de un mínimo de tres años, con el fin de que se pueda llevar a cabo un trabajo consistente. ¿Qué ventajas supone la continuidad?

- Mayor conocimiento del problema.
- Mayor capacidad de buscar soluciones.
- Mayor rapidez de respuesta (ahorro de tiempo).

- Mayor eficiencia.
- Mayor efectividad en la consecución de objetivos a corto, medio y largo plazo.
- Mayor servicio por parte de las agencias, ya que tienen perspectivas de futuro con el cliente.
- Lo mejor de una idea publicitaria no es que convenza rápido, sino que dure mucho tiempo.

### 1.1. Preselección

**a)** Solicitar una primera información de las agencias mediante un breve cuestionario (recuérdese lo que decía Backer (T.E. Backer, 1991) sobre la entrevista con los diseñadores) en el que conste:

- Nombre de la agencia.
- Tipo de agencia.
- Año de constitución.
- Equipo directivo y antigüedad.
- Facturación en los últimos cinco años.
- Número de personas por departamento.
- Clientes más importantes y fecha de adquisición.
- Cuentas ganadas o perdidas en los últimos tres años.
- Filosofía de trabajo.
- Muestras (de los últimos dos años) de las campañas que la agencia considere las mejores.

**b)** Visitar las agencias para complementar la información y conocer personalmente al posible equipo de trabajo, que sería asignado para desarrollar el proyecto. Solicitar la presentación de dos casos históricos para conocer cómo trabaja la agencia.

### 1.2. Selección

**a)** Seleccionar un máximo de cuatro agencias, si es posible.

**b)** Previo acuerdo con ellas, entregar un *briefing* para desarrollar una estrategia de comunicación que responda al mismo.

**c)** Solicitar a las agencias que mejor resuelvan la estrategia la elaboración de un plan de medios para el desarrollo de la campaña, que se adecue a esa estrategia.

Optativamente, para facilitar la toma de decisiones, se aconseja:

- Someter la campaña o campañas seleccionadas (no más de dos) a un pre-test.
- Remunerar (opcional) a las agencias que no consigan el proyecto, con unos honorarios adecuados en la medida de las posibilidades presupuestarias y los acuerdos previos.

## 2. Generalizaciones acerca de las campañas de comunicación de masas sobre el tema de salud

- Las campañas más efectivas son aquellas que usan medios múltiples.
- Son más efectivas aquellas que combinan los *mass-media* con actividades educativas paralelas sobre pequeños grupos o comunidades, dando soporte a actividades comunitarias ya existentes.
- Aumenta la efectividad definir perfectamente a qué población o segmento de audiencia se dirige la campaña e intenta obtener éxito.
- Las celebridades, como personaje testimonial, pueden ejercer una atracción del público sobre los objetivos que pretende la campaña. La atracción del público aumenta, cuando los mensajes educativos se integran en un programa de entretenimiento.
- La repetición de mensajes simples hace más efectiva una campaña.
- Las campañas para motivar la adopción de una conducta preventiva son más efectivas cuando enfatizan lo positivo del cambio, que las consecuen-

cias negativas de la conducta prevaleciente. Despertar miedo raramente produce éxito cuando se usa como estrategia en una campaña.

- Las campañas son más efectivas si ofrecen premios o "satisfacciones por la consecución de deseos" a corto plazo, que si ofrecen la evitación de consecuencias negativas a largo plazo.
- Las campañas más efectivas son aquellas que involucran en su diseño y puesta en escena figuras clave y grupos representativos de los *mass-media* y de los órganos de gobierno.
- El *timing* de la campaña (cuándo empieza, cuánto debe durar, qué sucede mientras dura, etc.) ayuda a determinar cuán efectiva va a ser una campaña.
- Las campañas deben efectuar evaluaciones periódicas mientras se diseñan y también cuando están en marcha para aumentar su efectividad.
- Se es más efectivo cuando más tangibles, pertinentes, ajustados y limitados en el tiempo son los objetivos de cambio conductual propuesto.
- El uso del marketing comercial y social potencia la efectividad de las campañas.
- Son más efectivas aquellas campañas que difunden sus mensajes en programas de entretenimiento
- Las campañas más efectivas son las que se dedican a resolver los conflictos potenciales que puedan surgir entre los investigadores y los creativos de las agencias encargados de difundir el mensaje.
- La segmentación de las campañas con respecto a variables sociodemográficas es a menudo relativamente inefectiva, comparada con la segmentación acorde con variables psicográficas como actitudes, valores y creencias.
- Son más efectivas aquellas campañas que están directamente coordinadas con los "servicios de entrega" (*hot-line numbers,* para dar información y consejo), ya que inmediatamente pueden valorar si los cambios conductuales empiezan a ocurrir.
- Son efectivas aquellas campañas que tienen en cuenta los factores sociales, estructurales o ambientales que afectan a los problemas de salud (diferencias económicas, culturales, etc.).

- El uso de *colegas* o personajes que sean influyentes en el medio donde los mensajes serán recibidos aumenta su efectividad.
- Usar modelización positiva para lograr el aprendizaje social con aquellos personajes que por sus acciones pasadas han podido ser ejemplos negativos (como, por ejemplo, celebridades envueltas en el consumo de drogas que tras la desintoxicación explican sus experiencias y el modo en que superaron la adicción).
- Si se usa el miedo como motivación en una campaña, deben disponerse mecanismos para disminuir la ansiedad que dichos mensajes provocaran en la población.
- La publicidad institucional por sí sola no es suficiente para generar un cambio efectivo de conducta; debe complementarse con otras acciones dentro de la propia campaña (por ejemplo, folletos en los centros de atención primaria, trabajos escolares, charlas en asociaciones, debates comunitarios, etc.).
- Cuando más medios se usen para incrementar la *visibilidad* (accesibilidad al mensaje) de la campaña, más efectiva va a ser.
- El papel de las administraciones en las campañas es el de proveer de fondos para las actividades y disponer de técnicos bien formados para resolver posibles puntos controvertidos.
- Cuando mejor se conocen qué conocimientos o actitudes afectan la adopción de una conducta, mejor pueden dirigirse los mensajes persuasivos, aumentando la efectividad de la campaña.
- Cuando un mensaje responde a las motivaciones de la población diana, más efectiva resulta la campaña.
- Cuando más rápidamente capta la atención una campaña, mayores probabilidades de tener consecuencias posee.
- Es del todo necesario, para aumentar la efectividad de una campaña, realizar un pre-test para asegurarse de que los mensajes tendrán los efectos esperados en la audiencia.
- En esta generalización, dos conceptos requieren una explicación más detallada.
- El marketing social es una aproximación al cambio directo que intenta incrementar la accesibilidad hacia las nuevas ideas (innovación) de la

población diana, aplicando estrategias de marketing adaptadas del marketing publicitario hacia objetivos de tipo sanitario o social.

- Bandura[7] fue el primero en proponer el concepto de la *teoría del aprendizaje social*, el cual ha sido muy usado en las campañas de comunicación de masas recientes. La idea básica del aprendizaje social es que los individuos aprenden observando aquello que hacen los demás individuos, ya sea en el día a día o a través de los modelos que aparecen en los medios de comunicación de masas.

7. A. Bandura (1986).

Capítulo XVIII

# Dramatización y teatro

Antonio Martín

El teatro[1] es capaz de conjugar y dar armonía a artes que, por sí mismas, tienen la capacidad de despertar admiración, emociones, sensibilidad, etc. En el teatro cabe la literatura, la interpretación, la danza, la música, la pintura, la arquitectura, etc., sin olvidar vestuario, maquillaje, peluquería, etc. Una gran variedad de artistas al servicio de un arte capaz de unirlos a todos. Con referencia al teatro, Goethe decía: "Solamente una parte del arte se puede enseñar, pero el artista lo necesita íntegro. Quien lo conozca a medias, andará siempre perdido y hablará mucho; quien lo posee por completo, sólo quiere actuar, y habla poco y tarde. Las palabras son buenas, pero no son lo mejor. Lo mejor no se revela a través de las palabras". La conclusión es que el arte dramático no se puede enseñar fácilmente y requiere años de aprendizaje y experimentación.

La complejidad y diversidad de este arte ha generado una inmensidad de libros de técnica, manuales, tratados, ensayos, estudios y un sinfín de conocimientos sobre el tema, que sería ingenuo pensar que unas cuantas hojas en una sección de un libro, pueden aportar la enseñanza suficiente para afrontar con éxito cualquier puesta en escena o utilización de las técnicas teatrales. Las más afamadas escuelas de arte dramático tardan años en enseñar un mínimo conocimiento. Hasta los actores más consagrados continúan aprendiendo y experimentando toda su vida.

Ante tal complejidad, el objetivo de esta sección está orientado a abrir un camino, una vía de trabajo y experimentación a través de reflexiones, consejos y

1. Del latín *theatrum*, y éste del griego *théatron,* de *theáomai*, mirar. Su significado puede tener distintas interpretaciones. Edificio destinado a la representación de dramas. Conjunto de todas las producciones dramáticas de un pueblo, de una época o de un autor. Literatura dramática. Escenario o escena.

ejemplos, fruto de una experiencia personal en la que confluyen el teatro, la sanidad y la docencia. Por deslumbrante que pueda ser, no hay que tenerle miedo a hacer teatro, sólo hay que respetarlo. Eso se hace respetando al público, y al público se le respeta siendo honrado con él. El público es benévolo con los noveles inexpertos, siempre que demuestren voluntad de hacerlo bien, trabajo, esfuerzo y seriedad. Lo que no tolera es el engaño, que se le cite para una representación en la que no hay más que un deseo de protagonismo personal exento trabajo. Cuanto más importancia profesional tiene, o se da, el actor, más exigente es el público.

Aunque el teatro puede hacerse con una complejidad extrema, también tiene una cotidianidad y sencillez natural que le ponen al alcance de todos. No hay que tener miedo a la falta de técnica; el teatro también requiere mucha experiencia y la primera experiencia es empezar. La falta de técnica se minimiza con más trabajo y más ensayos.

## 1. Resumen histórico

El teatro es una consecuencia de la necesidad de comunicarse del ser humano. Los verdaderos inicios se pierden en la memoria del tiempo. Pero es fácil imaginar cómo fueron, viendo las actuales tribus más subdesarrolladas. Escenifican ritos sobre los misterios del bien y el mal, los dioses, los espíritus y los recuerdos de historias, leyendas y fábulas de sus antepasados. Todo según las costumbres y rituales que se han transmitido de padres a hijos, con las lógicas variaciones que el tiempo y la influencia de otras culturas les han traído.

Para los occidentales, el teatro, tal como hoy lo entendemos, nace en Grecia. Sus orígenes se hallan en unas ceremonias rituales en honor a Dioniso (Baco en la mitología romana), dios dispensador de la alegría, cuya comitiva estaba compuesta de sátiros. Para personificar a éstos, quienes asistían a las procesiones dionisíacas entonando el ditirambo o canto del culto a Dioniso, se cubrían con pieles de macho cabrío, en griego *tragós*, de donde derivó la palabra *tragoidia* o tragedia para designar esos cantos y ceremonias. La primera noticia que se posee sobre la representación de tragedias es del año 534 a. C., en Tepsis, con un actor y un coro asignados por el estado, lo cual da idea de su finalidad.

Este culto se extendió por toda Grecia y posteriormente dejó de ser un canto exclusivo en honor al dios de la alegría para admitir en su temática leyendas de los héroes antiguos y de hechos históricos cercanos. Ligados a los ritos dionisíacos aparecen dos géneros considerados menores, el drama satírico y la comedia.

Roma continuó la tradición griega hasta la caída del Imperio Romano. Durante la Edad Media hubo una gran regresión cultural y el teatro se limitó al ámbito religioso y a representaciones litúrgicas en los templos. Durante un milenio el teatro quedó reducido a la más mínima expresión.

En el siglo XVI, con el Renacimiento, el teatro vuelve a adoptar protagonismo y nos lleva a un teatro asentado y maduro, que cuenta con el nombre ilustre de William Shakespeare, da paso a la *Commedia dell'Arte* y anuncia al Gran Siglo francés y al Siglo de Oro castellano. Actualmente el teatro recoge el fruto de su historia, pudiendo ver representadas obras de todos los estilo y épocas. Por otra parte, la aparición a finales del siglo pasado y en el presente, de grandes maestros como Stanislavski, Meyerhold, Melchinger, Brecht, Strasberg y muchos otros, ha permitido un estudio profundo y una gran evolución de la técnica, abriendo nuevos caminos y posibilidades escénicas, todo ello acompañado por la gran evolución tecnológica de los últimos años.

## 2. Evolución de las formas dramáticas

- *Tragedia clásica*. Personajes míticos y ejemplares. El hombre y su destino.
- *Tragedia renacentista*. Personajes históricos o legendarios. El hombre y sus contradicciones.
- *Comedia neoclásica*. Personajes reales. Propósito crítico y moralizador.
- *Tragedia neoclásica*. Revisión de la tragedia clásica. Contraposición del deber y la pasión.
- *Drama romántico*. Revisión del teatro renacentista. El individuo contra la sociedad injusta. El héroe como pasión ejemplar.
- *Teatro épico*. Realismo y parábola. El hombre en su situación histórica. No hay héroe ejemplar. La crítica recae sobre la estructura social que denuncia como injusta e innecesaria.

## 3. Géneros dramáticos más habituales

*Tragedia*: obra en la que dominan unas fuerzas superiores que dividen la actividad de los personajes. Estas fuerzas poden adoptar la forma de destino, providencia, odio, dinero. El final del protagonista puede ser feliz o desgraciado. El objetivo de la tragedia consiste en provocar la *catarsis* o purificación del espectador, ante la debilidad de las fuerzas humanas. En general siempre suponen un planteamiento sobre el problema de la libertad humana.

- *Comedia*: obra con la que sólo se pretende distraer al espectador, representando costumbres, vicios, situaciones o formas de ser de la sociedad.
- *Tragicomedia o drama*: obra en la que se combinan el género trágico y el cómico.
- *Auto sacramental*: género típicamente español en el que se exaltan los principales dogmas del catolicismo a través de una representación alegórica.
- *Sainete, paso o entremés*: pieza jocosa de carácter popular, generalmente corta.
- *Farsa*: pieza cómica de carácter ligero, en la que los personajes y hechos resultan caricaturescamente exagerados con objeto de provocar la risa.
- *Sketch:* diálogo cómico breve intercalado en un espectáculo.

## 4. Dramatización y teatro

Desde que tenemos conocimiento de ello, el drama[2] y el teatro se han utilizado con los fines más diversos. Desde los más manipuladores y censurables, hasta los más distendidos y ociosos. La dramatización[3] se centra únicamente en

2. Del latín *drama,* y éste del griego *drama,* de *drao, '*actuar'. La palabra contiene el significado de movimiento, acción. La palabra latina acto tiene la raíz que usamos en nuestros términos: acción, actor, acto. Por lo tanto, el drama en el escenario es acción que se desarrolla ante nuestros ojos y el actor es un elemento participante en ella.
3. Acción y efecto de dar forma y condiciones de drama.

la estructura textual: diálogos, creación de una tensión dramática y de conflictos entre los personajes,[4] así como la dinámica de la acción[5]. En cambio, teatralizar un acontecimiento o un texto, es interpretarlo escénicamente utilizando escenarios y actores para instalar la situación. El elemento visual de la escena y la puesta en situación de los discursos son las marcas de la teatralización.

El teatro es el arte de la ficción. El arte por el cual podemos hacer sentir las más diversas sensaciones contando historias que muchas veces no son ciertas, o si lo son y no las conocemos, se nos muestran como si las estuviéramos viviendo. Del contenido de la obra y de la habilidad para contarla dependerá el nivel de aceptación que hacia ella tenga el espectador.

Formalmente el teatro se fundamenta en tres elementos: *1)* el autor, *2)* el actor y *3)* el público. Estos tres elementos son necesarios para que el teatro exista. El autor construye la obra teatral,[6] el actor la escenifica, la cuenta, y el público conoce esa obra del autor a través del actor. La creación y caracterización del personaje que haga el actor, es tan importante que puede variar el sentido de la obra y la intención del autor. "El teatro existe, por encima de todo, por el actor, y sin él, no puede existir".[7]

En el teatro no podemos olvidar la importancia del director. Una importancia que tendrá que tener muy clara el educador, ya que en una gran parte de su trabajo, entre otras, tendrá que hacer funciones de director teatral. "La responsabilidad de crear un conjunto, de su integridad artística, de la expresividad de la representación en general, reside en el director. Esto se aplica también a la formación de una representación. Necesitamos un *régisseur* que debe conocer su materia él mismo, en el sentido de que hasta cierto punto, debe ser actor por derecho propio, él mismo debe sentir la psicotécnica del actor, sus métodos y sus accesos hacia sus papeles, todas las complicadas emociones que están relacionadas con nuestra profesión y con las representaciones del público. De otro modo, no hallará un lenguaje común para hablar con ellos. El trabajo conjunto del director y

4. La palabra latina *persona* ('máscara') traduce la palabra griega que significa '*papel*' o 'personaje dramático'. Cada uno de los seres humanos, sobrenaturales o simbólicos, ideados por el escritor, y que como dotados de vida propia, toman parte en la acción de una obra.
5. Sistema o conjunto de eventos del drama y su significado. En la literatura se dice de la serie de sucesos reales o imaginarios que constituyen la trama de una novela, una historia, un drama o un poema narrativo.
6. Obra escrita para ser representada. Según Aristóteles es imitación de personajes en acción.
7. K. Stanislavski (1968).

los actores, la búsqueda de la médula esencial de la obra, principia con el análisis y continúa con la línea general de la acción. Después viene la determinación de la línea general de cada parte, ese ímpetu fundamental de cada papel, que al derivarse naturalmente de su personaje, fija en la acción general de la obra. En esto consiste el trabajo de un director de nuestros días. En cuanto a los directores, sólo puede aconsejárseles que no introduzcan nada a sus actores sin razón, que no los induzcan más allá de sus posibilidades, que los entusiasmen. Estimulen en el actor un apetito hacia su parte. Esto preserva la libertad del artista creativo".[8]

Cuando hablamos de teatro, normalmente asociamos esta palabra con la representación de un texto en un espacio estructurado y organizado, orientado a la comunicación y al ocio. Pero al margen de esta idea, desde las formas más o menos inconscientes en nuestra relación social hasta las profesionalmente más premeditadas, la dramatización y las técnicas escénicas conviven a diario con nosotros.

De la multitud de posibilidades que tiene la dramatización o escenificación, existe una más habitual, inadvertida y cotidiana que el espectáculo público representado en un escenario. Nuestra vida, nuestra relación con los demás, está llena de representaciones más o menos controladas o premeditadas. Aunque hay personas que tienen más predisposición y una capacidad innata para ello, todos actuamos, en mayor o menor medida, en muchos momentos de nuestra vida.

Muchas veces escenificamos nuestro comportamiento para mostrarnos de una determinada manera, de acuerdo con el momento que estamos viviendo y en función de cómo queremos que nos vean los demás. Emitimos diferentes mensajes sobre nuestra manera de ser de acuerdo con lo que pretendemos conseguir. Si queremos enamorar a alguien, pensamos lo que le vamos a decir, nos arreglamos, nos mostramos pulcros, simpáticos, divertidos, buscamos un lugar agradable con una ambientación adecuada y hacemos todo lo posible para deslumbrar a la otra persona. En definitiva, preparamos un espacio escénico con toda la escenografía, decimos lo que teníamos pensado y hacemos nuestra representación con la intención de convencer y seducir. Por el contrario, si deseamos alejar a alguien que no nos gusta podemos invertir todos los elementos hasta llegar a ser extremadamente desagradables. A veces estas representaciones

8. K. Stanislavski (1968).

cotidianas son desmesuradas o muy ficticias y acabamos diciendo: "no hagas teatro", "no dramatices". Una manera de decir *no exageres*, *no me engañes*, *no finjas*. En este caso y desde un punto de vista teatral la obra ha sido malinterpretada, desmesurada, o no creíble.

Tanto en la vida cotidiana como en una representación de teatro formal o en cualquier otra utilización de las artes escénicas, el éxito o fracaso depende de que la historia,[9] por muy ficticia que pueda ser, convenza al espectador. Que se consiga o no, depende del que la cuenta, de su expresividad, de su habilidad natural, de sus conocimientos, su técnica, experiencia y un sinfín de cosas más que son necesarias para representar cualquier historia. Eso no significa que el espectador tenga que creerse, como real, lo que le cuentan. Lo fundamental es conseguir que se entregue, se meta en la obra y la viva, por muy fantástica que ésta sea.

Si los espectadores se identifican con la obra, o con determinados aspectos de ella, es más fácil obtener un resultado exitoso. Pero si esos aspectos con los que el espectador se identifica no están bien representados, se vuelve escéptico y la crítica puede ser implacable. A todos no ocurre cuando vemos en el cine o en el teatro malas escenificaciones de nuestras vivencias y habilidades. Es evidente que el actor no puede ser un experto en todas las materias. Pero cuando afronta un papel es necesario documentarse, ensayar e imitar la apariencia de lo que se representa, sin necesidad de poseer los conocimientos que sustentan las acciones. Pero a veces esa imitación requiere de un minucioso estudio. Existen un sinfín de ejemplos de grandes actores que han realizado profundos estudios y experimentaciones antes de afrontar un papel. Marlon Brando, uno de los grandes mitos del cine, para hacer *Hombres*, película en la que encarnaba a un parapléjico, estuvo un mes en un centro de rehabilitación especializado. Muchos otros grandes actores han hecho acciones similares con sus películas, como Jack Nicholson en *Alguien voló sobre el nido del cuco* y Dustin Hoffman en *Rain man*.

El mundo sanitario no es ajeno al arte de la escenificación. Los profesionales sanitarios realizan una constante y variada puesta en escena cada vez que se relacionan con un paciente o sus familiares. Eso no significa que finjan, pero

9. Originariamente significa 'descripción'. Entenderemos por historia el relato de unos hechos de cualquier género, forma o intención.

como cada persona afronta los problemas de una forma distinta, aunque hay pautas generales de conducta, para cada uno se necesita una forma personalizada para tratar su problema, una forma distinta de escenificar la relación. Hay quien necesita que se le trate con autoridad, otros con compasión, otros por convicción, otros con cariño, etc. Cada caso requiere la caracterización y escenificación adecuada. Los signos corporales y faciales, el lugar, el momento, la forma, el tono y otras cosas no pueden ser iguales para anunciar el nacimiento de un hijo deseado que anunciar la muerte de un ser querido. Conviene que el espacio escénico y la forma de comunicar sean adecuados a esa situación, al margen de los sentimientos y estado de ánimo que el profesional tenga en ese momento. Deberá fingir y actuar de acuerdo con las circunstancias.

Si esa representación no es la que esperan el enfermo o sus familiares, automáticamente se sienten mal atendidos, dudan y desconfían. No saben valorar si se ha hecho un buen o mal diagnóstico, o un buen o mal tratamiento, o si la técnica quirúrgica ha sido la adecuada. No tienen conocimientos para ello. Por tanto, su satisfacción se centra en cómo se les ha atendido: "la puesta en escena". [10] Muchas de las quejas o reclamaciones que se reciben en los centros sanitarios se deben más a cuestiones de forma que de contenido.

El teatro como medio de formación está fuera de toda duda. Muchas de las obras escritas por los grandes autores realizan una innegable función educativa en la sociedad. Pero al margen de esta reconocida realidad, existen otras formas de utilizar técnicas teatrales para plantear simples escenificaciones, con una finalidad formativa o educativa muy concreta. Volviendo a esa escenificación cotidiana, que todos realizamos aunque sea inconscientemente, en la docencia también podemos encontrar situaciones de buenas y malas escenificaciones. Existen profesores que tienen una gran capacidad pedagógica y hacen sentir lo que enseñan. Puede que tengan menos conocimientos que otros, pero su capacidad de escenificación, de seducción, de convicción, su forma de contar las cosas las convierten en interesantes. Sin embargo hay otros profesores, quizás con muchos más conocimientos, que se esconden detrás de la mesa, o están mentalmente distanciados de los alumnos por miedo, inseguridad, timidez, etc., o por el contrario, son de los que se apoltronan en pedestales divinos inaccesibles.

10. Montar o poner en escena un drama, significa escenificarlo, interpretarlo en el escenario ante el público. Incluye actuación, decorado, iluminación, etc.

En cualquier caso, lo que hay son barreras que dificultan la comunicación con su público y éste pierde interés por lo que les cuentan. Las escenificaciones son aburridas, y el paso de los alumnos por sus clases se debe a la necesidad de sumar créditos y no al interés por la asignatura.

Por complejo que pueda parecer montar una obra de teatro (y de hecho lo es), cuando se pretenden grandes realizaciones, el teatro está al alcance de la mano de todo el mundo. Escuelas, institutos, universidades, asociaciones culturales, colectivos, etc., nos dan una muestra de ello. Hay miles de lugares en los que de una forma más o menos estable y estructurada se realizan representaciones teatrales. La mayoría de las personas que conocemos han hecho algún tipo de representación teatral en momento de su vida. Esto le da una dimensión social y cultural al teatro que le confiere una innegable función cultural y educativa, que no se puede obviar como técnica para la enseñanza.

## 5. El teatro en la educación sanitaria

Aunque no muy extensamente, las técnicas teatrales, en el ámbito sanitario, no son ninguna novedad y se vienen utilizando desde hace años, tanto en el ámbito terapéutico como educativo. A nivel mundial hay importantes experiencias en distintas universidades y entidades dedicadas a la calidad asistencial, en las que, como método de evaluación, se utilizan actores que actúan de pacientes simulando problemas de salud. Estos actores, que reciben el nombre de pacientes estandarizados, son entrenados para simular con todas las variables posibles la sintomatología de las enfermedades que se determinan. Hay experiencias en las que las personas que evalúan saben que están explorando a un actor. En otros casos los actores se presentan en la consulta habitual del profesional sin que éste sepa en qué momento acudirá el actor. En estos casos el teatro, la interpretación de los actores, sólo se utiliza para evaluar, no para formar.

Otra técnica muy utilizada es el intercambio de roles. En sesiones de formación los asistentes hacen el papel de profesionales de la salud y de pacientes, intercambiándose los papeles y analizando conjuntamente la experiencia de

cada uno. En estos casos, aunque existen unas bases sobre el tema que se va a tratar, la improvisación es el elemento predominante y la experiencia y sensibilización que se obtiene poniéndose en el otro lado de la silla, son muy importantes para modificar la conducta de los profesionales. El intercambio y escenificación de roles también se usan con frecuencia para modificar conductas en grupos de pacientes, especialmente en psicología y psiquiatría.

Al educador sanitario el teatro y sus técnicas le ofrecen un sinfín de posibilidades para llevar a cabo su labor con mejores resultados. La única limitación con la que se va a encontrar es su propia capacidad de imaginar.

En el contexto en el que, con toda probabilidad, el educador se va a desenvolver, difícilmente visualizará una clara separación de los distintos elementos que necesitará para llevar a cabo una puesta en escena. Pero es conveniente que los tenga presentes para planificar y desarrollar el trabajo, con el fin de no obviar aspectos que pueden alterar el resultado final si no se tienen en cuenta.

Básicamente tendrá dos formas de desarrollar su trabajo:

- La escenificación de un texto
- La improvisación

## 5.1. La escenificación de un texto

La dramatización y representación de un tema ofrece muchas posibilidades para la formación. Pero ante todo tendremos que hacer una valoración exhaustiva para dimensionar y planificar el trabajo. Deberemos analiza detalladamente la situación en la que nos vamos a desenvolver:

- ¿Qué queremos contar?
- ¿Quién es el público?
- ¿Cómo lo vamos a contar?
- ¿De cuántas personas (actores) disponemos?
- ¿Dónde haremos las representaciones?
- ¿Qué recursos tenemos?
- ¿Cuánto tiempo necesitamos?

Todos estos elementos de análisis se relacionan y las decisiones que se tomen en uno afectarán al otro.

### 5.1.1. ¿Qué queremos contar?

Difícilmente encontraremos textos dramatizados que nos den las pautas para escenificar temas sanitarios, según nuestras necesidades. Esto nos lleva a la inevitable conclusión de tener que asumir ese trabajo, una vez tengamos claro lo que necesitamos contar. Cuando se carece de experiencia, frecuentemente se cae en el error de plantear escenificaciones para las que no se está preparado. Es más fácil obtener buenos resultados con algo sencillo sin grandes pretensiones, pero bien planteado y representado.

Generalmente, en toda tema que se quiera representar hay que tener presentes cuatro fases:

- *Exposición:* planteamiento e introducción. Toma de contacto con la situación, lugar y personajes.
- *Desarrollo:* evolución de la trama.
- *Crisis: m*omento del conflicto en el que se llega al punto culminante de tensión.
- D*esenlace:* resolución del conflicto.

Debemos que tener presente que nuestro objetivo no son las grandes dramaturgias, ni el teatro por el teatro, sino hacer educación o formación. Por tanto, es posible que no necesitemos ser estrictamente rigurosos en el cumplimiento de estas fases en la dramatización del tema que vamos a tratar, aunque sí sería conveniente que de alguna forma las tuviéramos más o menos identificadas.

Para dramatizar un tema, es necesario y muy importante conocer la finalidad de lo que queremos contar:

- ¿Queremos modificar o crear un hábito o conducta?
- ¿Queremos enseñar algo desconocido?

Si pretendemos modificar o crear un hábito o conducta, lo que contemos requerirá algún elemento de comparación entre las consecuencias de hacer las cosas de una forma u otra.

Si la finalidad es enseñar cosas desconocidas, la obra debe tener capacidad de descubrir, de sorprender.

No hay que olvidar que, en general, toda obra debe tener una moraleja, una enseñanza, un mensaje, algo que justifique haber convocado al público. En teoría, todo lo podemos representar en mayor o menor medida. La dificultad está en cómo hacerlo. Cómo representar, por ejemplo, que la falta de higiene y algunos hábitos alimenticios producen caries dental. O cómo funciona el sistema inmunológico.

Con una caracterización adecuada podemos convertir cualquier cosa en un personaje. No es muy difícil imaginarse escénicamente una bacteria, o un leucocito, o cualquier organismo que consideremos más o menos vivo. Pero con un poco más de imaginación también podemos dar vida a objetos y cosas inanimadas.

Si nuestro objetivo fuera la higiene dental en los niños, la escenificación podría hacerse con un grupo de actores vestidos de blanco y dispuestos en semicírculo representando una dentadura. Otros, con vestidos de colores adecuados, podrían simular los alimentos y bailando entre los dientes, entrando y saliendo de la escena, dejar trozos de su vestuario en los dientes. Para la caries, alguien vestido de color negro podría encargarse de "asesinar" a los dientes que tuvieran restos adheridos. Otro actor con una gran escoba, o algo similar, simulando un enorme cepillo podría ir limpiando los dientes y sacar de escena la caries a escobazos. De ésta o de mil otras formas más desarrolladas, podríamos plantear una puesta en escena que, con un poco de trabajo, tendría muchas posibilidades entre los escolares.

Contar determinadas historias del mundo sanitario puede ser complejo, aunque se escenifiquen muy bien. Hay que tener presente que el objetivo final no es la estética escénica, sino el mensaje sanitario que pretendemos dar. Por ello, en las ocasiones en las que tengamos dudas al respecto, existe el recurso de utilizar un narrador, mientras los actores escenifican las acciones.

Si se trata de profesionales sanitarios, no hay que perder el tiempo contando lo que ya saben (por ejemplo, qué son las bacterias). Si por el contrario damos muchas cosas por sabidas y el público no las sabe, se perderán, no entenderán lo que se les cuenta o sencillamente desconectarán.

El título es importante, incita a la curiosidad y a la asistencia del público. Hay que buscar títulos que llamen la atención. Si hiciéramos la representación de la caries dental, podríamos titular la representación:

"La caries dental"

Pero también podríamos titularla:

"¡Adiós, piñata!"

Las historias hay que procurar hacerlas amenas y divertidas, aunque contemos cosas aburridísimas. Los dramas raramente funcionan para estos temas y mucho menos con actores inexpertos.

### 5.1.2. ¿Quién es el público?

Una de las cuestiones más importantes es saber a quién le vamos a contar la historia, quién será nuestro público. La forma de relatar y escenificar puede que requiera planteamientos muy distintos. Como ejemplo supongamos que ya sabemos:

- Lo que queremos contar: *perjuicios del tabaco*.
- Finalidad: *que la gente no fume*.

El siguiente paso es saber a quién se la vamos a contar:

- ¿Niños en las escuelas, antes de que lo prueben?
- ¿Jóvenes que han empezado o pueden empezar?
- ¿Adultos fumadores sanos?
- ¿Adultos fumadores con patologías derivadas del tabaco?
- ¿Profesionales sanitarios fumadores?

Es probable que encontremos fórmulas suficientemente imaginativas para escribir y escenificar la obra de tal forma que transmita el mensaje con el mismo resultado a todos estos grupos, o a una parte de ellos, aunque lo más probable

es que tengamos que buscar formas distintas de escenificación y contendido. Es difícil pensar que el mismo mensaje y la información que le demos a un fumador crónico con alguna patología asociada, sea útil para un niño o un joven que puede ver el tabaco como un signo de crecimiento y madurez. Difícilmente podremos dramatizar un mensaje con éxito, hasta que no tengamos claro nuestro público y sepamos el efecto que queremos causarle.

### 5.1.3. ¿Cómo lo vamos a contar?

Es evidente que el tono con el que se ha escrito un texto influye mucho en la forma de tratar la escenificación. Pero tampoco podemos olvidar que los textos sólo nos dan las palabras y algunos detalles escénicos que nos ayudan a entender la obra.

Una misma obra con las mismas palabras puede realizarse de formas muy diferentes. La escenografía, la iluminación, el vestuario, la tipología de los actores, el énfasis en unas escenas u otras, la dicción, el ritmo, etc. Una gran cantidad de elementos que, según como sean y utilicen, pueden acabar dando resultados muy distintos, sin cambiar una sola palabra del texto. Un mismo chiste contado por una persona u otra puede tener mucha gracia o ser un desastre.

Si tuviéramos un texto que ha escrito otra persona y lo quisiéramos representar nos tendríamos que hacer esos planteamientos y definir cómo vamos a realizar la obra. Pero como lo más probable es que nosotros mismos hayamos dramatizado el tema, todo eso formará parte del mismo conglomerado.

Como en todas las artes, además de la técnica, que cuanta más se sabe mejor, es muy importante la capacidad creativa, la imaginación para convertir temas complejos en imágenes y escenas que los hagan comprender fácilmente.

### 5.1.4. ¿De cuántas personas (actores) disponemos?

Los recursos humanos disponibles también determinarán inevitablemente la dramaturgia y puesta en escena.

**1) El educador solo**

Si el educador no tiene más recursos humanos que él mismo, sólo podrá hacer escenificaciones individuales a través del relato, la mímica, el cambio de máscaras, trajes, etc. Aunque esto requiere más esfuerzo personal y dificultades de éxito que hacer participar de alguna forma a los asistentes. Lo más sencillo para el educador es hacer que los participantes improvisen sobre el tema escogido, tal como se explica más adelante.

**2) Un grupo estable**

Si las circunstancias permiten tener un grupo más o menos estable, conviene saber algunas cosas. Muchos montajes con personas no iniciadas fracasan, no llegan a buen fin, porque se ignora la cantidad de trabajo que hay que hacer para poder representar algo con un mínimo de dignidad. Es muy importante que el grupo tome conciencia de ello y que quien desee participar tenga un verdadero interés y compromiso.

La representación de un grupo es el resultado de un trabajo en equipo, y por tanto deben establecerse los objetivos, normas y horarios, así como las funciones y posibilidades de dedicación de cada miembro. Es necesario que todo el equipo acepte y cumpla lo pactado respetándolo rigurosamente. Si alguien no cumple es mejor que no continúe. La permisividad se generaliza y la realización de la obra generalmente fracasa. Es mejor plantearse el trabajo con menos personas que tener que estar sufriendo deserciones o ausencias reiteradas que entorpezcan o hagan fracasar el trabajo.

Otro problema es que el número de personajes del montaje coincida con el número de actores que forman el grupo. Si es un grupo que pretende una cierta estabilidad, se pueden hacer rotaciones en los repartos de papeles según se vayan realizando otros montajes. Salvo que alguien quiera formar parte del grupo sólo para realizar funciones técnicas, dejar a la gente sin papel o con papeles pequeños reiteradamente puede ser motivo de problemas. No hay que olvidar que el que siente la vocación de actor, por inexperto que sea, disfruta exhibiéndose.

Siempre hay que procurar que sea posible que la gente haga los personajes que le gustan. Todos tenemos preferencias sobre determinados tipos y aunque nos pueda parecer que no lo harán bien, nos sorprendería ver cómo personas muy tímidas se transforman en el escenario y son capaces de hacer los papeles más descabellados y atrevidos. A veces necesitan un pequeño empujoncito.

### 5.1.5. ¿Dónde haremos las representaciones?

Al preparar la puesta en escena hay que tener presentes las características del lugar en el que haremos las representaciones. En muchos casos hay que alterar el movimiento escénico para adaptarlo al lugar. A veces incluso se cambian algunos diálogos porque las limitaciones de la sala no permiten desarrollar la escena tal como estaba escrita.

Como en la mayoría de los casos la dramaturgia y la puesta en escena de los temas dependerán de nosotros, tendremos que tener en cuenta las características del lugar donde haremos las representaciones. Si va a ser siempre en el mismo sitio, y lo conocemos, seguro que iremos escribiendo con el pensamiento en el espacio y la puesta en escena, facilitando posteriormente el trabajo y los ensayos, aunque no debemos cerrarnos a la posibilidad de hacer las representaciones en otros lugares.

Si las representaciones no han de realizarse en un lugar estable o conocido, tendremos que trabajar con planteamientos flexibles que no conlleven graves modificaciones cada vez que nos desplacemos de un lugar a otro. Imaginemos que tenemos el acierto de crear un pequeño montaje sobre algún aspecto de salud escolar, que resulta interesante y nos lo van pidiendo en diferentes escuelas. En cada sitio nos encontraremos con un espacio distinto sólo para realizar una o dos representaciones. No podremos perder tiempo sistemáticamente para adaptar la escenificación a cada espacio. Conviene trabajar con elementos y acciones que nos permitan la máxima versatilidad con el mínimo esfuerzo.

En cualquier caso, para prever las posibles adaptaciones, con el tiempo suficiente, antes de cualquier representación deberemos conocer el lugar y, según el montaje que llevemos, analizar si es necesario hacer alguna adaptación. Conviene que como mínimo conozcamos:

- Metros del escenario (altura, anchura y profundidad).
- Accesos del escenario.
- Espació para bastidores.[11]
- Existencia de equipo de iluminación.

11. Telones o decorados laterales del escenario, altos y estrechos. Entre bastidores es el área no visible para el público, detrás de los bastidores, donde los actores aguardan su entrada a escena.

- Existencia de equipo de sonido.
- Existencia de telar.[12]
- Ubicación de camerinos y lavabos.
- Disposición del público en la sala (distancia y nivel).

### 5.1.6. ¿Qué recursos tenemos?

Hablar de recursos es hablar inevitablemente de dinero. Pero no lo es todo y muchas veces en las circunstancias en las que se llevan a cabo muchas de estas iniciativas, el dinero es escaso y el éxito depende mucho de la imaginación, creatividad y habilidades, que necesariamente tendremos que agudizar. Por ejemplo: un actor encorvado con una sábana puesta por encima de la cabeza y la espalda, y cogida por dos extremos haciendo movimientos ondulantes y amplios puede representar un leucocito. Depende de lo que pretendamos escenificar podemos satisfacer la mayor parte de nuestras necesidades, pidiendo materiales prestados en centros, servicios o departamentos con los que mantengamos relación.

En ocasiones la colaboración de alumnos y profesores de talleres ocupacionales, escuelas de artes, oficios, bellas artes y similares, pueden ayudarnos a realizar muchos de las cosas que podamos necesitar, consiguiendo excelentes resultados con muy escasos recursos.

### 5.1.7. ¿Cuánto tiempo necesitamos?

El tiempo disponible es esencial para determinar lo que podemos hacer. La extensión de la obra está en relación directa con el tiempo que vamos a necesitar. Conviene, si es posible, conocer el alcance del proyecto y las representaciones que se van a realizar. Invertir mucho tiempo y esfuerzo para una sola representación suele ser frustrante. Hay que procurar que exista una relación entre preparación y exhibición, sobre todo si se trabaja con un grupo.

12. Parte superior del escenario, oculta a la vista del público, de donde bajan o adonde suben los telones, bambalinas, etc.

Sin experiencia es muy difícil saber de antemano cuánto tiempo hace falta para poner en escena una representación. Intervienen muchos factores imposibles de valorar en un manual. Los recursos materiales y humanos, la experiencia, el tipo de actores y técnicos, la complejidad del texto, de la escenografía, del vestuario, etc. Si no se tiene experiencia, cabe la posibilidad de que falte tiempo para conseguir el nivel deseado.

Para evitar en lo posible las sorpresas de la inexperiencia, conviene tener un calendario de trabajo por encima de las necesidades aparentes. Es decir, si prevemos que vamos a estrenar el uno de marzo, es preferible trabajar para tener el montaje listo para el uno o el quince de febrero. Si nos sobra tiempo, que nunca sobra, podremos dedicarlo a perfeccionar. El éxito nunca está asegurado, pero cuantos más ensayos se hacen, más cerca se está de conseguirlo.

**Los ensayos**

Los ensayos acumulan una parte muy importante del tiempo necesario. Como ya hemos dicho, la representación de una obra es el resultado de un trabajo en equipo. Reviste gran importancia la planificación de ese trabajo y la distribución del tiempo, especialmente el de los ensayos. Los ensayos largos y engorrosos se hacen aburridos, cansados y fomentan una pérdida de la concentración.

Los ensayos siguen un orden cronológico de trabajo:

- *Ensayos leídos*: son el primer paso. Se analiza el valor dramático del texto y de cada personaje.
- *Ensayos de movimiento*: se marca la posición de los actores y los grandes movimientos escénicos.
- *Ensayos de caracterización*: se trabaja la caracterización adecuada de los personajes, el detalle de sus acciones, el correcto recitado de los textos y todos los aspectos necesarios para concretar el trabajo de los actores.
- *Ensayos técnicos*: sirven para la iluminación, sonido, cambios de decorado, etc.
- *Ensayos generales*: se hacen con vestuario, maquillaje, utilería, iluminación y todos los elementos necesarios, como si se tratara de una representación con público.

Si en una sesión no se acaba y cada vez que se retoman los ensayos se vuelve a empezar, el inicio está muy ensayado y el final es un desastre. Es recomendable enseñar el trabajo a personas externas que sean capaces de ofrecernos una crítica constructiva antes de presentar el trabajo en público.

Los actores con experiencia tienen capacidad de improvisación ante cualquier situación inesperada. Los actores noveles carecen de esta habilidad, y por tanto, difícilmente saben salir airosos de una situación imprevista. Para reducir ese riesgo, es necesaria la realización de muchos ensayos.

Para terminar con este apartado dedicado a la dramatización y escenificación de un texto, cinco consejos para personas inexpertas:

- Sencillez para la obra.
- Imaginación para el escenario.
- Ensayar.
- Volver a ensayar.
- Ensayar una vez más.

## 5.2. La improvisación

El recurso de la improvisación puede facilitar la dramatización espontánea, sobre todo en cuestiones de conducta social y de relación con los demás. Normalmente es mucho más simple de realizar que la representación de un texto, pero tiene el grave inconveniente de que puede desviarse fácilmente del objetivo deseado.

Podemos improvisar con un grupo estable, entrenado para ello a la manera de la *Commedia dell'Arte*.[13] Pero si se tiene un grupo, es mejor representar un texto aprendido, asegurando los objetivos. La improvisación debe pensarse para grupos con una cierta homogeneidad, con inquietudes comunes o con un marcado interés por el tema que se desarrolle.

Existen diversas formas de llevar a cabo la improvisación, siempre en función de su finalidad. En algunos casos, para determinados estudios, se suele de-

13. Género cómico, cultivado en Italia, en el que los actores deben improvisar el diálogo sobre un argumento general dado. Se inició en el siglo XVI.

jar mucha libertad con el fin de observar cómo evoluciona el comportamiento de los individuos. En cambio, si queremos llegar a un fin determinado será necesario establecer algunas pautas. Muchos de los aspectos tratados en el apartado anterior también nos servirán para planificar y llevar a cabo la improvisación con mejores resultados si los adaptamos adecuadamente.

### 5.3. Lo que necesitamos

Básicamente, personas y espacio. La presencia de muebles, utilería, vestuario o cualquier otro elemento escénico dependerá de lo que se vaya a hacer, de nuestros deseos y de nuestras posibilidades.

- *El espacio.* Existen muchas formas de utilizar el espacio, pero a no ser que carezcamos de objetivos psicológicos premeditados (que no es nuestro caso), la experiencia aconseja disponer de un espacio que haga las funciones de escenario. Si se observa en los participantes una excesiva timidez o reparo, por no haber actuado nunca, el escenario puede habilitarse justo a continuación de los espectadores, de tal forma que dé la sensación de que los que hacen de actores, comparten el mismo espacio. En ese caso, el suelo tiene que estar al mismo nivel.
- *Los participantes.* Según la finalidad y conveniencia participarán todos los asistentes o una parte más o menos reducida de ellos. No es recomendable que intervengan muchas personas en la improvisación, ya que se produce una dispersión mucho mayor. Cuando las improvisaciones las realicen una parte de los asistentes, lo cual será más habitual, una vez hayan finalizado, abrir un coloquio con todos los asistentes puede contribuir a concretar los objetivos.

Si los actores no están acostumbrados a actuar, es probable que tengamos que dedicar un cierto tiempo a vencer su timidez, improvisando sobre alguna cuestión sencilla de la vida cotidiana. En ocasiones, la participación esporádica del educador en la improvisación puede ayudar a desbloquear e iniciar el diálogo. Es de gran ayuda distribuir artículos entre los participantes para que éstos se disfracen, ya que eso es algo que gusta a todo el mundo, y además les sirve para esconderse.

La improvisación con niños a veces resulta sorprendente por su extraordinaria capacidad creativa. Pero previamente conviene definirles con claridad las reglas que deben seguir y ser rigurosos para que las cumplan.

## 5.4. ¿Cómo empezar?

Inicialmente se explicará a los participantes lo que se va a hacer, lo que se espera de ellos y el objetivo de la sesión. A partir de aquí, dar más o menos pautas para el desarrollo de la improvisación dependerá de los objetivos del educador:

**a)** Algunas pautas para la improvisación:

- Tema de improvisación
- En qué género debe desenvolverse la acción:

– Drama
– Comedia
– Farsa,[14] etc.

- Número de personajes.
- Situaciones que deben producirse durante la improvisación:

– entradas o salidas de personajes
– un asesinato
– fumar
– poner música, etc.

- Dónde transcurre la acción:

– Tiempo
– Lugar

14. Originalmente 'relleno', del latín *farcire*, 'rellenar'. Obra generalmente en un acto en la que se exageran grandemente los términos y los rasgos de modo que se produce una caricatura grotesca de los personajes, sus acciones e ideas. Esencialmente obra no realista de divertimento.

- Caracterización de los personajes (ver apartado).
- Llegar o no a un final concreto.

## 5.5. La duración

El objetivo es completar la labor a lo largo de un periodo definido, cuya duración dependerá de determinadas condiciones, si bien debería ser lo bastante prolongado para permitir que se produzca algún desarrollo claro.

Si después de un tiempo prudencial se observa que el tema no avanza como se tenía previsto, es mejor parar y plantear la improvisación de una forma distinta.

## 5.6. Técnicas que nos ayudarán

Muchas son las técnicas utilizadas en el teatro. Casi todas ellas requieren la colaboración de un experto. Pero eso no debe desanimarnos. Si utilizamos el teatro como método de promoción y educación para la salud, no necesitaremos grandes puestas en escena; por tanto, las necesidades técnicas serán más reducidas, simples y manejables. A continuación veremos unos apuntes sobre algunas de las técnicas que, al margen de dominarlas o no, conviene tenerlas presentes para afrontar cualquier actuación.

### 5.6.1. La caracterización del actor

La caracterización es el arte de reproducir el personaje que el actor encarna. Tiene dos partes diferenciadas:

- Caracterización externa
- Caracterización interna

**1) Caracterización externa:**

Es la apariencia física. Se fundamenta básicamente en:

**a)** *Maquillaje*. Tiene dos funciones básicas:

- Realzar los rasgos naturales de los actores, corregir los defectos de la piel y contrarrestar los efectos de la luz artificial, para obtener un aspecto de naturalidad.
- La otra función, más compleja y creativa, es la de alterar la fisonomía del actor para imitar la de su personaje. Se utilizan, postizos, bigotes, pelucas, prótesis, etc.

Cualquier elemento que altere el físico del personaje recibe la consideración de maquillaje. Las máscaras utilizadas en el teatro clásico son maquillaje, como lo son unas simples gafas, un cigarrillo en la boca, una flor en el pelo, etc. Cuanto más distinto sea el actor del personaje, más complejo será el maquillaje. En los *castings* profesionales generalmente se buscan actores que tengan la tipología y el físico del personaje, evitando así complicadas sesiones de maquillaje. En el mundo amateur, el maquillaje tiene que suplir la imposibilidad del *casting*.

Los típicos espejos de los camerinos rodeados de bombillas tienen la función de comprobar previamente los efectos de la luz con el maquillaje. El maquillaje tiene que estar en armonía con el vestuario.

**b)** *Vestuario*. Es el conjunto de trajes necesarios para, junto con el maquillaje, completar la caracterización externa de los personajes.

El vestuario para actuaciones ambientadas en el mundo humano actual es fácil de obtener. En cambio, cuanto más nos alejemos de nuestra época y del mundo humano, más dificultades e imaginación necesitaremos para diseñar y producir el vestuario, el maquillaje y todo lo que configure la caracterización del personaje y la ambientación de la escena.

**2) Caracterización interna**

La caracterización externa y la interna deben estar perfectamente conjuntadas. Pero al contrario de la caracterización externa, que puede realizarse por otras personas, la caracterización interna sólo puede ser efectuada interiormente por el actor.

Como las personas, cada personaje tiene un carácter propio y el actor tiene que buscar la forma de crear el carácter que va a representar. El proceso de creación del personaje es distinto en cada actor. Los hay muy estudiosos y los hay totalmente intuitivos. En cualquier, caso lo importante no es el método, sino el resultado. Hay que saber darle al personaje todas las características y elementos internos que configuran su carácter externo. Es muy importante que el actor, especialmente si es novel, pueda realizar algunos ensayos con la caracterización externa, o con parte de ella. Eso siempre produce un gran efecto en la caracterización interna y consecuentemente, una mejor aproximación al personaje.

Algunos datos de análisis para trabajar la caracterización interna del personaje:

- Edad, sexo y aspecto físico del personaje.
- Clase o posición social.
- Lugar en el que vive.
- Estado de salud.
- Forma de ser (alegre, simpático, triste, pesimista, etc.).
- Ideas políticas y religiosas.
- Cuáles son sus deseos e impulsos internos.
- Qué relación familiar o social mantiene con los otros personajes.
- Qué sentimientos alberga respecto a los otros personajes.
- Qué piensan de él los otros personajes.
- Qué actitud toman los otros personajes hacia él.

Gran parte de la información que el actor necesita para crear su personaje procede de fuentes ajenas a la obra. Puede llegar a deducir una parte a través de la relación de unos personajes con otros. El director de le proporcionará otra parte, pero muchas cosas las tendrá que imaginar y decidir cuáles elige para definir el carácter de su personaje. Todo ese trabajo, bien o mal hecho, define en gran medida la calidad del actor.

Puede que el educador sanitario se encuentre con la necesidad de tener que llevar a escena personajes no humanos, como el leucocito anterior, una bacteria, una oreja, un diente, una vacuna, etc. Esto no ha de ser impedimento para que se busque, en su contexto, la caracterización interna necesaria para dar vida a ese personaje. El actor debe tratar de ponerse en la piel del personaje e imaginar lo que piensa y lo que motiva sus acciones en el transcurso de la obra.

### 5.6.2. Las herramientas del actor

Al margen de su pensamiento, que no es detectable para el espectador, el actor sólo dispone de dos herramientas propias para escenificar la caracterización de su personaje: el cuerpo y la voz, la expresión corporal y la expresión oral. Ambas tienen tanta fuerza y capacidad de comunicación que podemos representar una obra desechando cualquier otro elemento escénico.

**1) Expresión corporal**

Para poder ejercer una correcta expresión corporal hay que saber dominar el cuerpo. Se trata de hacerlo más expresivo, de perfeccionar el instrumento y de que cada músculo o grupo de músculos pueda actuar con independencia de los otros. Conviene que el cuerpo se entrene realizando ejercicios que desarrollen una musculatura fibrosa y alargada para favorecer la coordinación, el equilibrio, la flexibilidad, la agilidad y los reflejos, con el fin de tener un cuerpo que pueda hacer frente a cualquier interpretación.

La expresión corporal busca sensibilizar a los individuos a través de sus posibilidades motrices, de la diversidad de su imagen corporal y del vínculo y la transición entre la imagen gestual y su realización práctica.

Aunque no hablemos, nuestro cuerpo no deja de emitir mensajes. Si estamos contentos y radiantes de felicidad, nuestro cuerpo se eleva, tiene tendencia a ir hacia arriba. Si estamos tristes, hace lo contrario: se hunde. El miedo nos hace retroceder. En cambio, si estamos agresivos, nuestro cuerpo tiende a desplazarse hacia delante.

Conocer cómo exteriorizamos físicamente las emociones es imprescindible para la caracterización del personaje, pero este conocimiento debe expresarse sobre la base de la caracterización interna, ya que de lo contrario se forman meros clichés[15] de lo que ya hemos visto en otros personajes. Ejemplos de clichés:

- Un viejo: persona algo encorvada con un bastón.
- Un pobre: alguien con la mano extendida pidiendo limosna.
- Pensar: rascarse la cabeza.

15. Imagen repetida.

En escena el control del cuerpo, de sus gestos y movimientos, debe ser total. El actor novel, e incluso el experimentado si se siente inseguro o nervioso, puede ser víctima de su propio cuerpo, exteriorizando tics y movimientos escénicos inadecuados, que no suelen pasar inadvertidos para el público. Como complemento de la expresión corporal, es de gran importancia que el actor aprenda a concentrarse y a relajarse.

La expresión corporal contempla tres aspectos:

**a)** *Gestos*: son la expresión inconsciente de la personalidad individual de cada personaje. En la dramaturgia no hay *avaros* ni *donjuanes* iguales; cada uno de ellos tiene su individualidad distinta, su forma peculiar de expresarse.

**b)** *Acciones:* son la suma de varios gestos aplicados a un propósito concreto.

**c)** *Actitud corporal: e*xpresión de un conflicto muy intenso mediante la inmovilidad del actor. No se trata en este caso de la pasividad, que está desprovista de contenido y de fuerza emotiva, inadmisible en el juego del comediante.

**2) Expresión oral**

La expresión oral es la forma de comunicación por excelencia del ser humano para expresar a otros lo que siente, piensa o desea. Sólo con la voz podemos contar y hacer vivir intensamente todas las historias que queramos. Un ejemplo de ello lo tenemos en la lectura. Si leemos en voz alta no necesitamos más elementos para compartir con otros el contenido del libro. En las grandes radionovelas de hace unas décadas, aunque se acompañaban de música y sonidos, era la dicción[16] del narrador y de los protagonistas la que daba el contenido de la historia y el carácter a los personajes.

Si sólo decimos el texto sin ninguna entonación, la representación pierde fuerza, sentido, sentimiento. Podemos perder hasta el público. Los textos deben ser recitados con carácter y con el matiz significativo, énfasis y efecto adecuado. Pero es cierto que es un arte muy difícil y adquirir una correcta dicción requiere años de aprendizaje.

El ejemplo siguiente sirve para demostrar lo que la marcación del tono como énfasis puede hacer con tres palabras:

- Cierra la puerta.

16. Manera de pronunciar.

Decirlo como una simple afirmación, con el mismo tono en cada palabra.

- ¿Cierra la puerta?

Usar las palabras como una clara pregunta.

- Cierra la puerta.

Ciérrala, es decir, no la abras.

- Cierra la puerta.

Cierra la puerta, no la ventana.

- ¡Cierra la puerta!

Decirlo como quien emite una orden severa.

- ¡Cierra la puerta!

Decirlo con asombro.

- ¡Cierra la puerta!

Decirlo irritado, con exasperación.

Otros dos ejemplos con las mismas palabras:

- Te has escapado junto con un amigo y entras en una habitación ocultándote de un enemigo que trata de mataros. Oís que se acerca y en el paroxismo del terror gritas a tu amigo: "¡Cierra la puerta!"
- Vas con una persona a la que amas, buscando estar a solas, os habéis escabullido de los amigos y entráis en una habitación y le dices: "Cierra la puerta."

Para mejorar la pronunciación se pueden hacer dos ejercicios:

- Con la punta de la lengua, recorrer con fuerza toda la cavidad interior de la boca, durante unos minutos.
- Leer en voz alta con un lápiz cogido entre los dientes.

Para mejorar la dicción ayuda mucho grabarse y escucharse. También se pueden grabar diálogos de actores profesionales, e imitar sus diálogos.

### 5.6.3. Escenografía y decorados

Ambas definiciones vienen a explicar lo mismo, aunque hay diversas matizaciones según los autores. Al concepto escenografía se le quiere dar un contenido más profesional, más académico, más creativo. "El decorado se sitúa en un espacio de dos dimensiones, materializado por el telón de fondo; la escenografía es una escritura en un espacio de tres dimensiones, como si pasara de la pintura a la escultura o a la arquitectura. Esta mutación de la función escenográfica tiene causas dramatúrgicas y corresponde tanto a una evolución autónoma de la estética escénica como a una transformación en profundidad de la comprensión del texto y de su representación escénica".[17]

El objetivo de la escenografía no debe ser la simulación perfecta del lugar de los hechos. La escenografía simplemente ha de procurar una ambientación y un marco adecuados para contribuir a explicar la historia. Debe ser funcional y estar al servicio de la obra y de los actores.

Según Hubert C. Heffner,[18] los decorados (escenografía) tenderán a:

- Proporcionar el ambiente adecuado para la acción.
- Proveer niveles y zonas de actuación.
- Contribuir a establecer la atmósfera, el modo y el efecto de la obra.
- Incrementar el interés del espectáculo.
- Indicar el emplazamiento general o exacto de la acción.
- Ayudar a resaltar la condición social de los personajes.
- Sugerir la época o tiempo de la acción.

Escenografía no es sinónimo de elementos escénicos grandes y complejos. En el teatro isabelino[19] inglés, al igual que en el corral,[20] la escenografía se limitaba a la propia estructura arquitectónica, con elementos decorativos muy sim-

17. P. Pavis (1983).
18. H.C. Heffner; S. Selden; H.D. Sellman 1968).
19. Teatro cuyo nombre se debe a la reina Isabel y de Inglaterra 1533-1603). El más famoso fue El Globo, donde actuó el propio Shakespeare.
20. Lugar donde se representaba la Comedia Nueva Española del Siglo de Oro (XVI-XVII). El de la Cruz y el Príncipe fueron los más importantes de la época. Hoy día se conserva en perfecto estado el de Almagro, donde todavía se hacen representaciones.

ples y a veces inexistentes. Otros estilos, como el teatro pobre[21], carecen de escenografía y el decorado sólo es perceptible en el "decorado verbal".

Por todo lo dicho, aunque la escenografía ayuda y facilita el entendimiento de las obras, existe la posibilidad de reducirla a la más mínima expresión, simplificando el montaje y disminuyendo la inversión de tiempo para su realización. Pero eso no implica que no debamos pensar en ello. La simplificación requiere una gran capacidad de síntesis.

### 5.6.4. Utilería

La utilería es el conjunto de todo los artículos que se requieren el escenario, exceptuando el vestuario y el decorado. En ocasiones, el olvido de un único elemento puede detener una escena. Un caso de ello sería un pasaje en el que tiene que sonar teléfono si en el escenario no hay ningún teléfono. O que un personaje tiene que entregar una carta a otro y ésta no se encuentra en el lugar indicado.

**1) Utilería fija**

En realidad es un complemento de la escenografía. Incluye muebles, cortinas lámparas, alfombras, etc.

**2) Utilería de mano**

Son artículos que utiliza el actor y puede llevar al entrar en escena o encontrarlos en ella. Pueden ser cigarrillos, maletas, cartas, libros, periódicos, comida, etc. Espadas y joyas se consideran parte del vestuario.

A diferencia de la utilería fija, la utilería de mano puede variar su situación y estado de una representación a otra. Por ello hay que evitar el más mínimo descuido o error que pueda suscitar la risa del público, bien porque el objeto es importante y no está en escena, bien porque no funcione (como una pistola o encendedor) o porque el actor no sepa usarlo. Hay que evitar que el uso de algunos

21. Método de representación teorizado por Jerzy Grotowski en los años sesenta, que se fundamentaba en la expresión corporal del actor y que desechaba o minimizaba la importancia de los otros elementos del montaje.

útiles produzca interferencias. Por ejemplo, tenemos que procurar que los paquetes puedan abrirse con facilidad y que los envoltorios no sean de celofán y no produzcan ruidos innecesarios.

En escena, la comida es un elemento importante a tener en cuenta. Y ya que tiene una gran importancia en la salud y podría ser motivo de alguna escenificación, conviene tener en cuenta algunos detalles:

- La comida no debe ser muy sazonada, ni seca, ni dura.
- Bocadillos de pan suave, mermeladas, pescados o verduras en lata son alimentos que pueden servir para imitar casi todo.
- Para cada representación se servirá comidas y bebidas nuevas, en servicios limpios.
- El agua, refrescos, café, té, cerveza y vino pueden ser auténticos.
- Los licores es mejor imitarlos con otra bebidas o con agua y algún colorante como el café.

El tabaco también puede ser motivo de escenificación sanitaria. Un cigarrillo mal apagado puede producir humo molesto e incluso caer y generar un fuego. Conviene utilizar ceniceros profundos y con agua en su interior.

### 5.6.5. Iluminación

La iluminación es sin duda un elemento importante. Sin luz no podríamos ver las representaciones. Desde el teatro griego, el isabelino y los corrales abiertos a la luz solar, pasando por las antorchas, las velas y la luz de gas, hasta llegar a los potentes y sofisticados focos actuales, controlados por ordenador, probablemente no ha habido nada en el teatro que haya evolucionado tanto.

Actualmente la iluminación ya no sólo cumple el papel de iluminar al actor y de hacer visible el decorado o la acción. Se ha transformado en un instrumento de precisión y movilidad infinitas, capaz de crear una atmósfera, de reconstruir cualquier lugar o momento temporal, de participar en la acción, de matizar la psicología de un personaje. La iluminación controla el ritmo del espectáculo, los cambios en la intriga, subraya un elemento del decorado, una mímica e indica la transición entre diversos momentos o atmósferas.

Cuatro consejos sobre iluminación:

- Hay que iluminar, en primer lugar, a los actores, no los decorados. Para que el público pueda entender al actor necesita verlo, incluso en las escenas que se desarrollen por la noche.
- Para iluminar la acción escénica, la luz debe venir desde arriba, ya sea desde el frente, de los lados o contraluz. La finalidad es evitar la proyección de sombras sobre el decorado.
- La iluminación debe crear la atmósfera psicológica de la situación teatral y preparar inconscientemente al espectador, es decir, debe estar en consonancia con la situación teatral. Por lo tanto, en las obras ligeras se usará luz brillante, y luz de colores oscuros si se trata de un drama.
- La luz debe acompañar a la acción y entonar el decorado, y sus cambios corresponder al desarrollo dramático de la obra.

### 5.6.6. Música y sonidos

Ni la música ni los sonidos son expresamente necesarios. Sin embargo, ambos contribuyen en gran medida a la eficacia de la representación. La música predispone emocionalmente al espectador. Un fragmento de Lully[22] antes de levantarse el telón, en una obra de Molière, puede evocar fácilmente el espíritu de la Francia del siglo XVII. Podemos encontrar fácilmente multitud de ejemplos en los que la música realza el drama.

Se denomina música incidental (también conocida como música de escena o escénica) la que acompaña a la acción y puede, en un momento preciso, expresar mejor la situación dramática que las palabras del actor. Existen muchas obras en las que sonidos no estrictamente musicales realzan el ritmo y el ambiente. Si un personaje acomodado en su casa hace referencia a la tormenta que está cayendo en la calle, el sonido de truenos ambientará mucho mejor lo que ocurre en el exterior. Si además eso se acompaña con el sonido del agua y unos relámpagos a través de alguna ventana, el espectador queda-

22. Compositor francés, muy influyente en la corte, contemporáneo de Molière y autor de música para obras de este último.

rá totalmente inmerso en la tormenta. En caso contrario, si esa referencia a la tormenta queda sólo en las palabras, carecerá de relevancia escénica a no ser que la enfaticemos especialmente.

Capítulo XIX

# Marionetas

Biel Porcel

Un títere puede ser cualquier cosa: un trapo, una escoba, un muñeco, etc. Sólo necesita un buen manipulador, capaz de darle vida. El arte del *teatro de títeres* consiste en insuflar vida a un objeto inerte. Llevamos a un objeto muerto a la vida o bien transmitimos vida a la muerte. Esto es magia. El hecho de manipular un objeto es tan sencillo y misterioso que consigue inquietar y sorprender al que mira, al público. Esa sorpresa inquietante hace que se produzcan las condiciones óptimas para la comunicación.

Cuando observamos una representación teatral tendemos a proyectar en los actores y actrices nuestros propios sentimientos, buenos y malos, y ello nos ayuda a conocernos un poco más, a afirmarnos como personas. Esta proyección, cuando se trata de títeres, objetos, todavía es más intensa. Todo ello hace del teatro de títeres una herramienta muy útil para comunicar y transmitir información.

El arte del teatro de títeres o marionetas no se puede enseñar fácilmente, ya que encierra en sí mismo multitud de aspectos que requieren un largo aprendizaje. Escultura, pintura, mecánica, interpretación, escritura dramática, manipulación, etc., son algunos de los aspectos con los que tienen que familiarizarse los titiriteros. Espero que este capítulo sirva para introducirnos someramente en un arte complejo, sin miedo, pero con respeto.

Es importante saber que el teatro de títeres es teatro. Todas las técnicas del teatro de actores son aplicables al teatro de títeres. Se suele decir que el titiritero es un actor con un recurso escénico que se llama títere, al cual transmite sus emociones, sus, gestos y sus palabras.

## 1. Breve resumen histórico

El origen de los títeres es muy remoto; de hecho no se puede precisar, pero los restos más antiguos se encuentran en Oriente: India, China y la isla de Java. De allí pasaron a Japón y Turquía. Más adelante llegaron a Europa. Las civilizaciones primitivas llegan al títere a través de la máscara, como en el caso de los indios canadienses y de ciertas tribus africanas.

Al igual que el teatro de actores, los títeres tienen su origen en los ritos religiosos. En la Edad Media los títeres representan hechos bíblicos dentro de las iglesias. A estas vírgenes y santos articulados se les llamaba "pequeñas marías", *marionetas*. Durante el Renacimiento encontramos a los títeres vinculados a la *Commedia dell'Arte* italiana, tomando de ella a los personajes más relevantes. Así Polichinela se convierte en títere y de ahí el nombre genérico de títere en Cataluña: *Putxinel·lis*. Este personaje toma diferentes nombres dependiendo del país que lo acoge. En Francia, *Polichinelle*; en Inglaterra, *Punch*; *Kasperle* en Alemania y *Kasparek* en otros países del Este. Lo encontramos como *Petruska* en la Unión Soviética. Otro personaje muy popular fue el *Guignol* lionés.

El títere pasa a ser un espectáculo popular que se representa en plazas y fiestas de calle. Se utilizó para las atrevidas sátiras que los actores no se atrevían a representar ellos mismos directamente en el escenario. El títere más popular y corriente es el títere de guante.

Con el tiempo, el arte de los títeres se fue introduciendo en las cortes europeas y se volvió más refinado. En ese punto surgió el teatro de marionetas de hilo, que ya tenía sus antecedentes en los ritos religiosos. Actualmente, el arte de los títeres se representa en la mayor parte de los países del mundo, y nos ofrece un gran abanico de posibilidades, intereses y tendencias. Los títeres están en las calles y en las plazas, en los teatros y locales especializados, en el cabaret, en el cine y la televisión.

## 2. Tipos de títeres

### 2.1. El títere de guante

Es el títere más conocido y posiblemente el que mejores resultados puede dar al principiante.

La mano se coloca dentro del vestido, como un guante. Hay muchas modalidades de manipulación, pero la más corriente es con el dedo índice en la cabeza, el pulgar en una mano y el corazón en la otra mano del títere. El anular y el meñique se pliegan se doblan (figuras 19.1, 19.2 y 19.3).

Este tipo de títeres suele representarse en un *retablo* o teatro de títeres que oculta a los manipuladores de la vista del público. Los retablos se pueden improvisar de muchas maneras: con una mesa tumbada de lado, una pizarra, una sabana, etc. Lo ideal es construirlo a la medida en madera, listones y chapa, o bien con una estructura metálica que sirva de soporte para la tela que tapa a los manipuladores.

Para actuar con los títeres no es imprescindible utilizar un retablo. Ni siquiera es imprescindible que los manipuladores se escondan. Los títeres pueden ser manipulados a la vista del público; incluso el propio titiritero puede actuar junto con sus títeres de cara al público.

**Figuras 19.1 y 19.2.** Manipulaciones de guante.

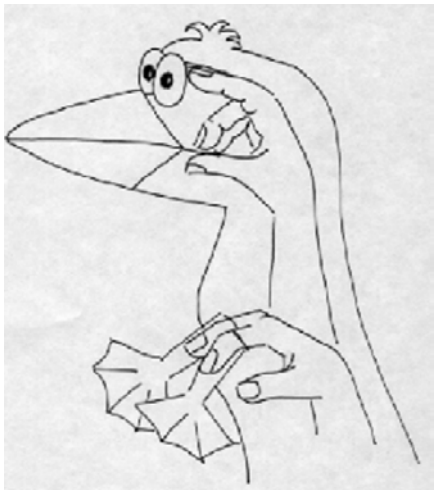
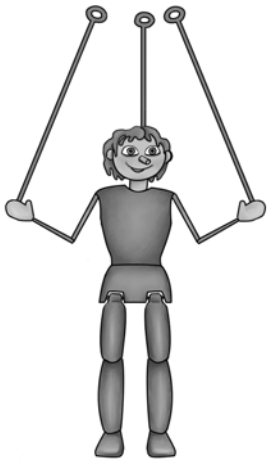


**Figura 19.3.** Posiciones de los dedos en cabeza y manos.

## 2.2. Títeres de varilla

**Figuras 19.4 y 19.5.** Títeres de varillas.



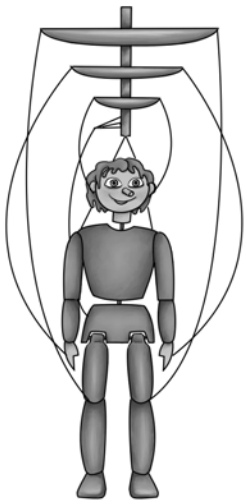
También se puede realizar una manipulación mixta: la mano directa a la cabeza y las manos del títere con varillas y de cualquier otra manera que nos sea conveniente para el resultado que queramos obtener.

## 2.3. Títeres de hilo o marionetas

Son los títeres que se mueven sólo por medio de hilos. Requieren mucha precisión, tanto en su manipulación como en su construcción. Se manipulan con una cruz, que puede ser vertical u horizontal. Las verticales se utilizan para los personajes humanos, ya que pueden llevar más hilos. De la parte fija de la cruz penden los hilos de la cabeza, los hombros, el pecho, la espalda y las manos. En la parte móvil de la cruz, que se puede separar, se atan los hilos de las piernas para que la marioneta pueda caminar. Las cruces horizontales se utilizan para manipular personajes de animales y al igual que las verticales, tienen dos partes: la que sostiene el cuerpo y la que mueve la cabeza (figuras 19.6 y 19.7).

Es muy importante que las articulaciones de la marioneta sean ligeras y sólidas. Se pueden construir de muchas maneras: tela encolada, trozos de piel o cuero, bisagras, articulaciones recortadas en madera, etc. Para manipular este tipo de títeres de hilo necesitaremos un teatro de puente, que es una pasarela elevada del suelo que permite al manipulador mover a la marioneta desde arriba. Si no se dispone de este tipo de teatro, bastará con una pequeña tarima y un biombo.

**Figuras 19.6 y 19.7.** Marionetas.



### 2.4. Títeres de goma-espuma

La fuerza de estos títeres estriba en la gran flexibilidad del material. La goma espuma permite, dotada de los mecanismos oportunos, toda una serie de gestos y movimientos que le dan al títere una gran expresión en la cara. Quizá el más significativo sea la posibilidad de abrir la boca.

La construcción de estos títeres es muy sencilla. Se parte de un bloque de goma-espuma que se va modelando a golpe de tijera. Es un trabajo un poco lento, pero muy efectivo. Cuando lo tenemos modelado, se le aplican cortes por la parte superior e inferior de la boca para poderla abrir, así como a la altura de los ojos, para que pueda hacer muecas.

**Figura 19.8.** *Marots* o *muppets.*

Este tipo de títeres suele tener una o dos manos reales, las del titiritero. Una mano manipula la cabeza y la otra hace las veces de la mano del títere. En caso de que se quieran las dos manos reales, la manipulación deberá hacerse entre dos (figura 19.8).

## 3. La construcción

Una de las partes más importantes del títere es la cabeza. Hay muchas maneras de construirla: todo depende del tipo de títere que se quiera hacer y de cómo se

quiera manipular. Las cabezas se pueden confeccionar con muchos materiales: papel de periódico y cola, pasta de papel, pasta de madera, porexpan, madera, fibra de vidrio, goma-espuma, tela, etc. Son algunos de los que más se utilizan.

La cabeza debe ser ligera; si pesa demasiado, manipularla resultará difícil. Una de las maneras de conseguir ligereza es haciéndola vacía por dentro. Esto se puede conseguir elaborando una base para el modelado. Esta base se puede realizar con una bolsa, una media o un globo lleno de serrín, atados alrededor de un palo. Sobre esta especie de bola, se puede empezar a modelar la cabeza con papel y cola, pasta de papel o de madera. Es importante que cualquier añadido que se haga (nariz orejas, etc.) se enganche con fuerza mediante tiras de papel encolado que refuercen la unión.

La pasta de papel se puede conseguir a base de cortar papel de periódico muy pequeño, remojarlo en agua caliente hasta que se deshaga y amasarlo con cola de empapelar seca. Otra técnica muy usual consiste en elaborar la cabeza a partir de un molde. Primero debemos modelar en arcilla la cabeza que nos interesa conseguir. Seguidamente obtendremos el molde en yeso-escayola para moldes. Este material se puede encontrar en los comercios de bellas artes. Del molde se pueden extraer tantas copias como sean necesarias. El material para positivar el molde puede ser: tiras de papel encolado, cartón piedra, fibra de vidrio, etc. Las manos se pueden obtener modelando sobre un cartón doblado, reforzado con alambre, o bien como la cabeza; modelando en arcilla, para a continuación sacar un molde y hacer las copias que sean necesarias.

Estas cabezas y manos se pueden pintar con muchas pinturas, si bien una de las mejores es la pintura plástica. Es conveniente dar una primera capa de pintura blanca, ya que los otros colores se agarraran mejor.

## 4. Los materiales

### 4.1. El papel

Ya hemos hablado de la pasta de papel. Siguiendo el procedimiento indicado, también se puede elaborar con papel higiénico. Se consigue una pasta mucho más

suave y muy adhesiva, pues tiene una gran cantidad de celulosa. Conviene añadirle sal si queremos que dure, ya que la celulosa es biodegradable y enmohece con el tiempo y la humedad.

La pasta de papel resulta muy económica y especialmente adecuada para trabajar con los más pequeños. También se puede trabajar con papeles enteros y encolados, aprovechando las formas y volúmenes que se obtienen arrugándolo. Si los papeles son de colores, el resultado es muy vistoso.

### 4.2. Cartón piedra

Es el cartón que utilizan los maestros falleros en el País Valenciano para elaborar las famosas fallas. Se debe trabajar necesariamente con moldes. Los trozos de cartón se tienen que poner en remojo en con la cola de empapelar durante bastante rato, y colocarlos bien apretados dentro del molde. Al menos se deben aplicar dos o tres capas. El resultado será una cabeza fuerte y ligera.

El cartón piedra se puede encontrar en los comercios de bellas artes.

### 4.3. La goma-espuma

Material ligero y flexible, se trabaja con tijeras dándole la forma deseada. Finalmente se puede pulir con un disco abrasivo o forrarlo con una tela flexible. Es necesario reforzar todos los cortes que se realicen (boca y cortes para manipular) con tela y cola de contacto.

Para pintar se pueden utilizar anilinas o pinturas al agua muy diluidas. Un excesivo grosor de pintura se convierte en una costra que cortará la goma-espuma o caerá fácilmente. Es un material excelente para el relleno de cuerpos y objetos de gran volumen. La goma-espuma se puede encontrar en las colchonerías.

### 4.4. Fibra de vidrio

Es un material que se obtiene a partir de diferentes componentes, básicamente la malla de fibra o *mat*, la resina o poliéster y el catalizador o reactivo. Se utiliza para recubrir objetos frágiles o bien para rellenar moldes.

La fibra de vidrio es un material tóxico. Cuando se trabaje con ella, hay que usar careta y guantes. Además, es preciso disponer de una buena ventilación. Siguiendo las instrucciones del fabricante no tendréis ningún problema.

### 4.5. Porexpan

Ligero y fácil de trabajar, se talla muy bien con un cuchillo de corte fino y se pule con papel abrasivo fino. El inconveniente es su excesiva fragilidad: hay que protegerlo con papel, tela, fibra de vidrio o cualquier otro material que le proporcione una cierta dureza.

¡Atención! Este material se altera muy fácilmente. El calor, la cola de contacto, las pinturas con disolventes, etc., lo deshacen rápidamente. Es necesario protegerlo adecuadamente antes de pintar.

## 5. La manipulación del títere de guante

La manipulación persigue transmitir la ilusión de que el objeto manipulado está vivo y es independiente. Si la figura que manipulamos representa a un ser humano, la manipulación debe intentar imitar al máximo la manera de moverse de las personas, dentro de las posibilidades físicas del objeto manipulado; quizá de una manera caricaturesca. Si es un animal, será lo mismo y si se trata de un objeto inerte, la manipulación puede ser más imaginativa y libre, aunque si lo humanizamos estamos en lo mismo.

Me voy a centrar en la manipulación del títere de guante, ya que es una de las técnicas de más fácil construcción y que incluso, se pueden encontrar a la venta en los comercios especializados. El títere de guante puede caminar, agacharse, correr, aparecer y desaparecer de golpe, trepar, etc. Todas son acciones muy arraigadas en la tierra. El títere de guante se manipula desde abajo, desde la tierra. Difícilmente podrá saltar y volar con un mínimo de credibilidad, aunque todo se puede intentar.

Adquiere su movimiento de la mano del titiritero. Su manera particular de expresarse, con todo el cuerpo, limita la dimensión de sus acciones. Hay muchos movimientos humanos que le son imposibles. En cambio, estas mismas limitaciones le confieren una gesticulación propia y natural que incluso resulta muy divertida.

### 5.1. Los ejes y el suelo

El títere parado o en desplazamiento debe dar la impresión, en general, de que está sobre un suelo duro y rígido. Esta sensación sólo la conseguiremos manteniendo siempre la misma altura con el títere. Por tanto, debemos imaginarnos la línea horizontal del suelo y respetarla a lo largo de todas las acciones y desplazamientos del títere, para transmitir al público la sensación de suelo. Esta línea se sitúa a unos centímetros por debajo del listón. El titiritero, por el cansancio del brazo, suele tender a bajar el títere y eso produce un efecto negativo en la sensación de suelo.

Asimismo, el títere debe girar y moverse en torno a su propio eje vertical. Debemos imaginar otra vez una línea vertical que viene del cielo y que lo atraviesa de arriba a abajo hasta el suelo, como si se tratara de una figura de tiovivo. Éste es su eje vertical. Ello obligara al titiritero a girar también él mismo en torno al eje del títere y no el títere en torno al eje del titiritero. En otras palabras, el títere es la tierra y nosotros, los manipuladores, la luna.

### 5.2. La mirada

Los ojos del títere, su mirada, es uno de los factores que van a transmitir la ilusión de que el títere está vivo, de cuáles son sus intenciones, sus complicidades, etc. Mediante pequeños giros laterales y arriba y abajo, el títere va a mirar. Ser consciente como manipulador de la mirada del títere es un factor determinante para transmitir emociones, sentimientos, intenciones y complicidades.

Con la mirada, el títere toma contacto con todo lo que lo rodea, tal como lo hacen todos los seres vivos. Con la mirada se relaciona con los objetos, con el

público y con los otros títeres. De la misma manera, si no mira desconecta de cualquier cosa o personaje.

Hay que intentar evitar, ya desde la construcción y, por supuesto, con la manipulación, la tendencia de los títeres de guante de mirar siempre hacia arriba.

### 5.3. La respiración

Los suspiros y los pequeños movimientos que nos sugieren respiración también son muy útiles para transmitir la sensación de vida. Un títere inmóvil como una estatua es un objeto muerto. Si entre acciones y desplazamientos introducimos pequeños movimientos de respiración, el efecto será espectacular.

### 5.4. La actitud

Es muy importante transmitir al público una coherencia en la actitud general del títere, una cantidad importante de información. La actitud nos dirá si el títere es joven o viejo, si es coqueto, decidido, tímido, valiente, juguetón, etc.

### 5.5. El movimiento

Actuar no quiere decir moverse sin ton ni son. Lo que da vida a una marioneta no es el mero hecho de que se mueva. Es necesario definir los movimientos del títere y que éstos obedezcan a acciones concretas, manteniendo su especial forma de hacer. Las marionetas sólo deben hacer movimientos que signifiquen algo. Dar saltitos constantemente o ir de un lado a otro sin sentido no transmite nada, no es interpretar.

La primera posición, o posición neutra es de pie y con los brazos plegados al cuerpo. A partir de ahí y usando las articulaciones de dedos, muñeca y brazo vamos a buscar la expresión del títere.

Con las articulaciones de los dedos obtenemos todos los movimientos de brazos y la flexión de la cabeza. Con la flexión y el giro de la muñeca, todos los

gestos de la cintura del títere. Con el brazo obtendremos todos los desplazamientos (caminar y correr) y caídas. Definiremos los movimientos a partir de una buena utilización de toda la pantomima de que es capaz nuestra mano dentro del títere: dedos, muñeca y brazos al servicio de la expresión del títere.

### 5.6. El espacio

Los muñecos han de aprovechar y utilizar toda la superficie escénica disponible. Es mejor que mantengan una cierta distancia entre ellos. No deben tocar el listón o la boca del escenario, ya que eso les va a limitar la libertad de movimientos. No pueden cambiar de sitio sin motivo; todo desplazamiento de manifestar alguna acción necesaria para explicar lo que se quiere transmitir.

El retablo o teatrillo no es solo un balcón para salir a ver al público. Todo lo que hay en el debe aprovecharse y utilizarse convenientemente para la acción dramática.

### 5.7. La proyección

Debemos ser capaces como titiriteros de proyectar en el títere todas las emociones, los movimientos, la interpretación, etc., de manera que el público las entienda. Esto se consigue imprimiendo un ritmo adecuado a los movimientos, sin precipitaciones y sin aburrida lentitud.

### 5.8. La complicidad

Es importante que el títere mire al público. Esta mirada establece una corriente de complicidad muy útil para la comunicación. De la misma manera, si el manipulador está a la vista del público, pueden establecerse miradas y complicidades entre el manipulador y el títere, el manipulador y el público, el público y el títere, etc.

## 6. La voz en el teatro de títeres

De la misma manera que el manipulador transfiere movimiento al títere, también le presta su propia voz. La voz debe sincronizarse con el movimiento del títere. Su voz debe adaptarse a su aspecto físico y a su perfil psicológico como personaje. Debemos caricaturizar la voz sin forzarla, buscando en nuestra propia gama de registros de voz.

No sólo es importante el registro de voz, como en el teatro de actores; las intenciones cuentan mucho. Exagerar es una buena norma para todo lo que hace referencia al títere, y también funciona con la voz. Las réplicas de un títere deben ser cortas. Les sientan mal los monólogos demasiado largos.

Capítulo XX

# Educación para la salud y el juego

Marta Vilanova y Fernando Marqués

"El juego es una actividad de orden físico o mental, no impuesta, que no busca ningún fin utilitario, y a la que unos se entregan para divertirse y obtener placer". Esta definición, procedente de la Gran Enciclopedia Laurosse, nos pone en la evidencia de que la utilización del juego como instrumento para transmitir conocimientos, actitudes o habilidades puede ser algo divertido y placentero al prescindir de la rigidez o *seriedad* que envuelve a veces el discurso o la clase magistral. El juego será, pues, una herramienta imprescindible dentro de los métodos y medios que la educación para la salud utiliza para conseguir que las personas mantengan o mejoren su situación de salud.

El juego ocupa un lugar de privilegio desde la infancia y continúa a lo largo de toda la vida como una forma de diversión que utilizamos las personas en nuestra relación con los demás y de forma individual. Jugar es una actividad innata de los animales y las personas y está íntimamente relacionada con la cultura, la educación y la diversión, siendo, además de una actividad natural consustancial al desarrollo de procesos psicológicos básicos, una actividad educativa de enculturación social. Habitualmente el juego se relaciona con la época infantil, tanto con compañeros como con amigos, con competitividad y aprendizaje.

Con estas premisas, el juego se convierte en un instrumento de gran utilidad para trabajar en educación para la salud, porque posibilita conseguir los objetivos propuestos, aumentar la motivación de los participantes e implicarlos de manera rápida en el tema que se vaya a desarrollar, todo ello acompañado de reglas, premios, penalizaciones, recompensas y fantasías que convierten el aprendizaje en algo divertido y fácil de asimilar.

Es evidente que los niños son el sector de la población más susceptible de participar en juegos porque dedican la mayor parte de su tiempo a divertirse, pero es precisamente el hecho de que los adultos utilicemos la mayor parte de nuestro tiempo en "cosas serias" lo que hace del juego un método atrayente y bien aceptado en este sector de la población. El aumento de la esperanza de vida y, por tanto, el aumento de personas mayores que han dejado de trabajar y que dedican cada vez más tiempo al ocio y la diversión, convierten al juego en una manera fácil de llegar a estas personas, que necesitan cada vez más información y cuidados para mejorar su calidad de vida y mantener y potenciar su salud.

En este capítulo trataremos de dar una visión de lo que diferentes autores han interpretado sobre el juego y sus definiciones, así como las características más relevantes del juego y el papel del educador como *animador* y el jugador como partícipe y verdadero protagonista del juego. Asimismo, se expondrán diferentes ejemplos que corresponden a juegos clásicos y adaptados a la educación para la salud.

Mención aparte merece la incorporación a este capítulo de dos juegos inventados por alumnas de segundo curso de enfermería de la Escuela de Ciencia de la Salud de la Fundació Universitaria del Bages (FUB), que persiguen objetivos concretos de salud, como son una correcta alimentación y la prevención de accidentes infantiles, y que sus autoras han aportado a este capítulo para hacerlo más completo y para que sirvan como modelo y propuesta de nuevas actividades para otros profesionales.

## 1. El juego y sus definiciones

Una actividad tan natural como el juego pasa a ser una tarea dificultosa al intentar definirla. Las visiones de esta actividad son diversas y numerosas. El uso cotidiano del término parece suficientemente claro, pero sus límites están muy difuminados. Son diversos los autores que han estudiado el tema. Gran variedad de ciencias y disciplinas se han preocupado de su estudio. Este hecho ha provocado que se hayan presentado muchas teorías para explicar el origen, las cualidades y las funciones del juego en la vida de la persona o de un grupo.

El filósofo Karl Groos consideraba el juego de los niños como una preparación para las actividades del adulto. Cree que el juego es una antelación de la actividad futura, como un ejercicio previo de las propias funciones mentales y de los instintos. Los niños, a través del juego, sin dejarse llevar por ningún reparo ni por realidad alguna, sólo por la fantasía, empieza a poner metas a sus acciones.

El psicólogo G. Stanley Hall intentó aplicar la ley fundamental de la biogénesis al juego, afirmando que "en los juegos los niños vuelven a revivir las formas primitivas del ser humano". De esta forma, la persona tiene "la posibilidad de poner en movimiento las aspiraciones originarias, adquiridas por herencia pero no adaptadas". El juego es valorado solamente por la importancia que juega en la vida activa, pero no según su propio sentido.

William Stern (1967) opina que es indudable que toda persona es más primitiva cuando juega que cuando actúa seriamente. Por otra parte, Herbert Spencer (1983) valora el juego como un modo de consumir energía existente en exceso. Montessori pensaba que el juego es una huida del mundo incomprensible del adulto y que sólo desarrolla el mundo imaginario. En cambio, para K. Bühler el juego es una actividad con placer funcional y es mantenida por este placer o por el intento de conseguirlo, independientemente de lo que se haga y con la finalidad con que se haga.

Para Piaget (1987) el juego es una de las manifestaciones más brillantes del pensamiento infantil, situado entre el autismo y la lógica. Es una asimilación de la realidad de acuerdo a la estructura del pensamiento. Esta realidad se incorpora para revivirla, dominarla o compensarla.

Vygostski (1995) cree que el juego de los niños está orientado a la actividad futura, principalmente la de carácter social. Los niños observan lo que realizan los adultos que lo rodean, lo imitan y lo transforman en juego y es precisamente en este juego donde adquiere las relaciones sociales fundamentales y aprende su futuro desarrollo social.

Rubinshtein valora el juego como una actividad consciente, como una expresión de una determinada actitud del individuo a la realidad que lo rodea. Las motivaciones del juego están en las variadas sensaciones de los aspectos de la realidad. Las acciones que se realizan son únicamente las que para el individuo tienen un valor intrínseco

Wallon comenta en su teoría que es habitual confundir el juego con la actividad total de los niños, al tratarse de una actividad espontánea. En el momento que una actividad se convierte en práctica habitual pierde las características y el atractivo del juego. En el juego los niños repiten las experiencias vividas.

Como podemos observar, existen discrepancias y diferentes puntos de vista entre los diferentes autores a la hora de definir el juego y su implicación en la vida de las personas y en su desarrollo, pero todos aportan elementos que contribuyen a aceptar el juego como una actividad natural consustancial al desarrollo de los procesos psicológicos básicos, como una actividad educativa que ayuda a las personas a formar parte de la cultura y la sociedad a la que pertenecen.

## 2. Características del juego

A continuación se exponen algunos aspectos implícitos en el juego y que pueden ayudar en su definición:

- El juego es una actividad natural que proporciona satisfacción y placer. Es evaluado positivamente por aquella persona que lo realiza.
- Es útil para desarrollar las facultades físicas y psíquicas de cada persona. A su vez, es de gran utilidad para conocer las propias aptitudes y los límites propios.
- Es una actividad que facilita las relaciones personales y favorece las relaciones no jerarquizadas. Las relaciones de poder se establecen de igual a igual.
- Las normas de la sociedad se reflejan en el juego. La persona que juega conoce las normas y las asimila, pues le permiten adaptarse a la realidad. Es el aspecto cognitivo del juego que permite interiorizar la estructura social que lo rodea y asumir sus pautas, hábitos, normas, etc.
- El juego es en sí mismo un medio de aprendizaje. A través del juego la persona conoce su entorno, sus capacidades y cómo puede modificarlas para conseguir mejores resultados.

Si el juego se realiza con la finalidad de ganar, es una competición entre dos o más adversarios y viene determinado por normas y reglas de juego explicitadas antes de su inicio. Si el juego es competitivo se añaden a las anteriores las siguientes características:

- Asignación de roles.
- Cada juego tiene sus propios reglamentos o normas.
- El objetivo final del juego es ganar; las otras finalidades vienen como consecuencia.
- Todo juego implica un código ético aceptado por los participantes.
- Hay un vocabulario y lenguaje propio en cada juego y es necesario conocer.

## 3. Rol del educador

En una actividad planificada de educación para la salud, todo ejercicio puede ser un juego si está bien planteado. Cuando la persona juega, sea niño o adulto, actúa con más entusiasmo. Hay que tener en cuenta que ante el juego, el educador puede actuar como *animador* o como una persona más dentro del grupo. Si el educador se sitúa como profesional, como el que tiene más conocimientos, como el director de juego, todos sus esfuerzos y los del grupo pueden bloquearse. Aunque el educador tenga unos objetivos claros, tiene que saber *disimularlos* y trabajar de manera que cualquier logro sea como consecuencia del trabajo de todos.

El educador es la persona clave dentro del juego. Su manera de actuar, su entusiasmo, su profesionalidad son algunas de las claves para animar el juego y facilitar una expresión sincera por parte de los jugadores. Una de las tareas del educador es la de motivar el juego propuesto. La presentación de un juego influye en su desarrollo y en la participación por parte de los jugadores. El educador informará sobre el juego. No consiste sólo en explicar, sino también en comprobar que todas las personas han entendido el juego y cuáles son sus reglas.

Las fases del rol del educador ante el juego se esquematizan de la siguiente manera:

- Presentación personal
- Presentación del juego
- Explicación de las normas que se deben seguir
- Explicación del material que se va a utilizar
- Fijación de objetivos
- Planteamiento del tiempo necesario
- Organización del grupo, si es necesario
- Desarrollo del juego
- Fin del juego
- Valoración del juego por parte de los participantes
- Valoración del juego por parte del educador
- Conclusiones finales

## 4. Rol del jugador

El jugador es el verdadero protagonista del juego, a cuyo alrededor todo se planifica y se desarrolla, y el objetivo final ha de consistir en aumentar conocimientos y propiciar cambios de conducta, cambios de actitud; en definitiva, cambios que le conduzcan a mejorar su calidad de vida.

Uno de los elementos clave para que el juego evolucione favorablemente es la motivación. Ésta puede ser propia del jugador o adquirida a partir de la información facilitada por el educador o por la motivación transmitida por los otros participantes. En educación para la salud, al no tratarse habitualmente de un juego espontáneo, la motivación suele verse aumentada o modificada tanto con las informaciones como con las actuaciones del educador.

Otro de los elementos que hay que tener en cuenta es la pertenencia al grupo. Si se trata de un grupo cohesionado y con unos objetivos claros, el hecho de jugar implica un aumento de la motivación. Si al contrario, se trata de un grupo de trabajo desconocido entre él, el juego permite "romper el hielo" inicial, im-

plicar a los participantes para la consecución del objetivo del juego. De manera esquemática, los pasos a seguir el jugador son los siguientes:

- Interés y motivación en el juego
- Entender las normas de participación
- Conocer los objetivos del juego
- Conocer el tiempo de dedicación
- Participar activamente según las normas
- Compartir sensaciones y opiniones

## 5. Los juegos en educación para la salud

En educación para la salud se pueden realizar diversos juegos. Éstos están en función del objetivo que se persigue, la etapa de ciclo vital, el lugar o ámbito de realización del juego (trabajo, escuela, centro de salud, etc.), entre otros.

### 5.1. Juegos de presentación

En este apartado se exponen algunos juegos que tienen por objetivo final la presentación del grupo, pero que a su vez comparten objetivos implícitos que ayudan a "romper el hielo" inicial y a comunicarse de forma verbal y no verbal, resultando de gran ayuda para iniciar un trabajo de educación para la salud en un grupo de personas que entre ellas no se conocen.

#### 5.1.1. Juego del bingo

**a)** *Finalidad*: realizar la presentación de las distintas personas que configuran el grupo y conocer algunas características, cualidades o aficiones.

**b)** *Número de personas*: el número ideal aproximado de personas del grupo es un máximo de 25 y un mínimo de 10.

**c)** *Tiempo necesario*: depende de cada grupo, pero aproximadamente unos 20 minutos para rellenar la hoja y unos 30 minutos para la presentación general.

**d)** *Material*: para la realización de este juego será necesaria una hoja de papel, previamente preparada, con tantos cuadros con cualidades, aficiones o características como personas participen en el juego (figura 20.1).

**e)** *Desarrollo del juego*: se facilita a cada jugador la hoja de papel. El juego consiste en preguntar a cada una de las personas que participan si tienen alguna de aquellas cualidades o aficiones. Solo se puede anotar un nombre en cada casilla. El juego finaliza cuando la primera persona del grupo ha rellenado con todos los nombres la hoja y canta. ¡Bingo!

En este momento, todos los participantes se sientan en sillas puestas de forma circular. Cada participante dice únicamente su nombre, a lo que el resto del grupo, uno por uno, añade en voz alta las cualidades que ha anotado de él en la hoja.El juego de presentación finaliza cuando todas las personas se han presentado.

**Figura 20.1.** Ejemplo de hoja de bingo.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Es rubio/rubia<br>**Nombre**: | Le encanta viajar<br>**Nombre**: | Le gusta la paella<br>**Nombre**: | Tiene hijos<br>**Nombre**: | Es doctor/a<br>**Nombre**: |
| Hace ejercicio regularmente<br>**Nombre**: | Le gusta la verdura<br>**Nombre**: | Sigue los informativos a diario<br>**Nombre**: | No bebe 2 litros de agua a diario<br>**Nombre**: | Le gusta ver la TV<br>**Nombre**: |
| Es enfermera<br>**Nombre**: | Lleva gafas<br>**Nombre**: | Viste tejanos<br>**Nombre**: | Le gusta comer dulces<br>**Nombre**: | Lee el periódico cada día<br>**Nombre**: |
| Habla inglés<br>**Nombre**: | Lleva barba<br>**Nombre**: | Le gusta conducir<br>**Nombre**: | Le gusta la playa<br>**Nombre**: | Otras cosas de interés:<br>**Nombre**: |

Éste sería un ejemplo de hoja de bingo para un grupo de 20 personas. Estas cualidades o características de las personas se pueden modificar en función del grupo de trabajo. Al tratarse de un juego de presentación para trabajos de educación para la salud pueden utilizarse características asociadas a estilos de vida.

### 5.1.2. Presentación del compañero

**a)** *Finalidad*: *p*resentar las personas que forman parte del grupo.

**b)** *Número de personas*: el número ideal aproximado de personas del grupo es un máximo de 25 y un mínimo de 10.

**c)** *Tiempo necesario*: depende de cada grupo, pero aproximadamente unos 30 minutos. Está en función del número de personas.

**d)** *Material*: para la realización de este juego no es necesaria la utilización de material.

**e)** *Desarrollo del juego*: los participantes se sientan en sillas colocadas en forma circular y hablan con la persona situada a su lado sobre sus características, cualidades, residencia, etc. Cuando ha pasado un tiempo prudencial, 10 minutos como máximo, el educador da la palabra a una persona. Ésta es presentada por su compañero y así sucesivamente, hasta la presentación final de todos.

### 5.1.3. El juego del beso

**a)** *Finalidad*: conocer a las personas que forman parte del grupo y favorecer las relaciones interpersonales. Este juego puede ser de gran ayuda en el trabajo con adolescentes que comparten unos días en común y no se conocen entre ellos.

**b)** *Número de personas*: el número ideal aproximado de personas es entre 25-30 personas, aunque puede adaptarse en función del número real de participantes.

**d)** *Tiempo necesario*: este juego está pensado para realizarse durante unos días, aunque cabe la posibilidad de modificarlo según las necesidades del grupo.

**e)** *Material*: cada participante deberá aportar una fotografía suya al iniciar el juego. El organizador llevará un panel grande donde poder pegar todas las fotos del grupo.

**f)** *Desarrollo del juego*: cada uno de los participantes deberá llevar consigo su propia fotografía. El juego consiste en dar un beso a otro de los participantes en lugares públicos (la clase, la piscina, etc.), intentando que ninguna otra persona del grupo lo vea. En caso que otro del grupo vea el beso, éste recogerá la fotografía de la persona que daba el beso y se la guardará. En caso de no ser vistos,

el que da el beso se queda con la foto de la persona a quien a besado. Cuando una persona del grupo es descubierta dando el beso, debe entregar todas las fotografías que había recogido hasta aquel momento.

El ganador es la persona que ha conseguido más fotografías, bien por ser quien más ha besado o por ser quien ha visto a más personas besando. El día propuesto para finalizar el juego se pegarán en el panel todas las fotos recogidas.

## 5.2. Juegos para reforzar conocimientos

Son juegos que permiten reforzar los conocimientos que se han impartido a lo largo de una charla o un curso. Se trata de utilizar un pequeño juego, conocido por todos los participantes, para evaluar los conocimientos y resolver algunas dudas que hayan podido producirse a lo largo de la exposición del tema, a la vez que sirve para recordar y reforzar lo aprendido.

### 5.2.1. El bingo de la enfermedad cardiovascular

**a)** *Finalidad*: se trata de reforzar los conocimientos que se han expuesto tras una charla o una curso.

**b)** *Número de personas*: el número de personas es ilimitado, pero en cualquier caso no puede superar al de participantes en la charla o curso.

**c)** *Tiempo necesario*: el desarrollo del juego no debe sobrepasar los 20 o 30 minutos, aunque puede haber una discusión posterior que lo puede alargar.

**d)** *Material*: es necesario elaborar unas preguntas relacionadas con el tema o temas tratados, que se escriben en una transparencia, numeradas de la 1 a la 10 (el número de preguntas puede variar). Las preguntas se van haciendo a los participantes de una en una y tapando el resto.

Deben elaborarse tantos cartones (folios) como personas participen en el juego, teniendo siempre en cuenta que debe haber variedad de cartones (3 ó 4 diferentes) y que sólo debe haber uno que contenga todas las respuestas correctas.

Cada cartón tendrá 10 casillas (tantas como preguntas) como mínimo que podrán ser tachadas (figura 20.2).

**Figura 20.2.** Ejemplo de casillas.

| | | | |
|---|---|---|---|
| ALCOHOL | | TABACO | |
| CORAZÓN | VENAS | | ARTERIAS |
| VERDADERO | | FALSO | EJERCICIO FÍSICO |
| | COLESTEROL | | VIRUS |
| FALSO | | VERDADERO | |

**e)** *Desarrollo del juego*: el juego funciona como un bingo normal. Se reparten los cartones entre los asistentes a la charla o curso y se empiezan a formular las preguntas en el orden establecido. Cada vez que se haga una pregunta habrá personas que tacharán la respuesta en el cartón, si es que conocen la verdadera respuesta y la tienen en el suyo. Si la respuesta es verdadero o falso, se tacharán tantos verdaderos y falsos como haya, para que no quede ninguno sin tachar. Cuando alguien tache todas las casillas de su cartón cantará: ¡Bingo! Y recibirá un premio que deberá compartir con el resto de los participantes (puede ser una caja de galletas, de bombones, caramelos, etc.). Es muy importante que el cartón ganador no pueda ser completado hasta la última pregunta, para que así se puedan aprovechar todas. Una vez cantado el bingo, y antes de repartir el premio,

se procederá a comprobar las respuestas, lo que servirá para repasar los conocimientos aprendidos a lo largo de la charla o curso.

## 5.3. Juegos sobre estilos de vida o actitudes

Este tipo de juegos pretende incidir sobre los estilos de vida como determinantes de la salud. Su objetivo es siempre modificar actitudes que provoquen un cambio en aquellos estilos de vida que pueden perjudicar la salud de las personas. Por esta razón suelen estar relacionados con alguna enfermedad o proceso en el que las actitudes y las conductas juegan un papel fundamental como mecanismo para adquirir o transmitir la enfermedad.

### 5.3.1. Juego de las cartulinas y el SIDA

**a)** *Finalidad*: implicar a los participantes en actitudes de prevención del SIDA, valorar la cadena de transmisión de la enfermedad y trabajar diversos aspectos relacionados con el SIDA.

**b)** *Número de personas*: el número ideal de participantes es de entre 15 y 20 personas, aunque puede modificarse en función del número de participantes en el taller.

**c)** *Tiempo necesario*: para realizar este juego es necesario un mínimo de media hora para la primera parte y de una hora y media para la segunda parte.

**d)** *Material*: es necesario tener preparadas cartulinas de colores diversos para repartir entre los participantes. Hay que tener en cuenta que únicamente dos o tres personas deberán tener una cartulina de un color distinto a la del resto del grupo, sin saberlo. Estas personas son las que dentro del grupo van a representar las personas seropositivas.

**e)** *Desarrollo del juego*: este juego se divide en dos fases. En una primera se explica a los participantes la dinámica del juego. Cada uno de los participantes tiene una cartulina de color (solo dos o tres de ellos tendrán un color diferenciado) y un lápiz o bolígrafo. Tendrán un tiempo aproximado para repartirse por la sala e "intentar ligar y tener relaciones sexuales entre ellos". Para ello tendrán que negociar y desarrollar habilidades de comunicación.

Cuando "representa que tienen relaciones sexuales" con una persona, apuntan su nombre en la cartulina y, si quieren, pueden "ligar" con otra. Los participantes no saben que entre el grupo hay dos o tres personas seropositivas. Cuando finaliza el tiempo estipulado, se reúne a todo el grupo y se comenta que dos de las personas con las que posiblemente han "tenido relaciones" son seropositivas. A partir de ahí se trabaja la cadena de posible infección.

La segunda parte del tiempo puede dedicarse a comentar aspectos de actitudes que han surgido dentro del grupo, sensaciones cuando han sabido que su compañero o compañera era seropositivo, vías de transmisión, etc.

En este juego los participantes suelen estar muy motivados e implicados. El papel del educador es de presentación inicial del juego y de moderador en la parte de discusión y análisis final. Es de gran interés para trabajar con el tema del SIDA.

## 5.4. Un juego sobre alimentación[1]

### 1) Reglas generales de juego

Los grupos serán de tres a cinco niños o niñas, pudiendo formarse como mínimo dos grupos. Cada grupo se comportará como una ficha, e irá pasando de casilla en casilla a la vez. Cada vez que se supere una prueba o pregunta, el grupo tendrá derecho a tirar el dado y pasar de casilla en el próximo turno. Si no se consigue, se penalizará al grupo a no poder pasar de casilla, es decir, el grupo perderá un turno sin jugar. Para saber qué grupo ha fallado, éste llevará un gorro muy peculiar hasta que vuelva a tirar el dado. Quien lleve el gorro será el último grupo que haya fallado.

Los grupos irán pasando de casilla en casilla hasta dar la vuelta entera al tablero y llegar a su casa (la casilla de color a la que pertenezcan). Cada grupo elegirá un representante, diferente cada vez que tengan que contestar una pregunta o realizar una prueba, a menos que las normas del juego lo impidan.

El dado sólo tendrá tres números: 1, 2 y 3. Así cada grupo podrá pasar como máximo tres casilla a la vez (el juego consta sólo de diez casillas). Cada grupo empezará el juego en una de las casillas de colores que hay en las esquinas del

1. Autoras: Ascensión de la Torre y Silvia Pardillo.

tablero. Solo podrán salir de ésta cuando el dado marque. Todos los grupos tendrán un premio por el mero hecho de haber jugado y los ganadores recibirán un premio complementario.

**2) Las pruebas del juego**

**a)** *Prueba 1*: buscar el gusano. En una piscina llena de bolas de papel hemos de encontrar el gusano que se está comiendo la ensalada. Uno de los componentes del grupo que haya caído en esta casilla tendrá que taparse los ojos y buscar el gusano dentro de la piscina llena de papeles. El resto de su grupo, cerca de la piscina, lo podrán guiar para encontrarlo. Los otros grupos de modo voluntario pueden dar ordenes falsas desde una distancia más lejana de la piscina.

Tienen el tiempo máximo de 1 minuto. Una vez encontrado el gusano podrán pasar de casilla.

**b)** *Prueba 2*: el juego de los colores. Tenemos cuatro sobres, cada uno con un color diferente.

El grupo que realiza esta prueba escogerá un representante de otro grupo. También escogerá un sobre en que habrá una tarjeta de un color. Se abrirá el sobre y los dos representantes tendrán que decir alimentos del color de la tarjeta, uno por uno y en orden.

El que pare primero de los dos o repita un mismo alimento, perderá.

**c)** *Prueba 3*: el juego de las cerezas. Un grupo de cerezas que están limpias en la cocina, a punto para comer, han de llegar a la mesa del comedor sin ensuciarse. Los otros grupos formarán un pasadizo, poniéndose uno enfrente del otro.

Cogerán, por parejas, cuerdas que pondrán a una altura que ellos quieran y que no podrán mover una vez empiece el juego. Los miembros dl grupo que haya caído en la casilla tendrán que pasar, uno por uno, por el pasillo lleno de cuerdas sin tocarlas.

Un representante del resto de grupos será un bichito que, saltando con los pies juntos, intentará tocar a cada niño o niña que pase por el pasadizo. Si el bichito o las cuerdas toca a uno de los niños o las niñas, éste deberá empezar de nuevo el recorrido él solo, ya que simboliza que la cereza se ha ensuciado y ha de volver a lavarse.

Si llega todo el grupo de cerezas en un tiempo máximo de 5 minutos, ganarán la prueba. Si el bichito se salta las reglas del juego (en vez de tocar pega o no

pasa por las cuerdas) o algunas de las cuerdas se mueven, el grupo que representa las cerezas (que es el que ha caído en la casilla de esta prueba) ganará automáticamente la prueba.

Las cuerdas sólo se podrán mover una vez pasado el niño o la niña que representa la cereza, para facilitarle el paso al bichito.

**d)** *Prueba 4*: el juego de los nominados. Se han de encontrar fotos de los alimentos y diferenciar qué foto tiene un alimento en mal estado y cuál tiene un alimento en buen estado. El grupo nominado, que es el grupo que ha de hacer el juego, saldrá del recinto donde se ubica el tablero. Los otros grupos esconderán dos fotos de un mismo alimento, el cual tendrá una foto en buen estado y otra en mal estado.

El grupo nominado entrará en clase y todos juntos, es decir, cogiéndose de las manos han de buscar las dos fotos. Los otros grupos los guiarán diciendo "frío" o "caliente", dependiendo de si están cerca (caliente) o lejos (frío). Cuando encuentren las fotos, las pegarán en un panel que habremos preparado previamente con el título "¿Te lo comerías?", donde habrá dos columnas, encabezadas por las palabras "sí" y "no", respectivamente. Los alimentos en mal estado serán pegados en la columna "no", y los que se pueden comer, en la columna "sí".

Tienen un máximo de tres minutos para encontrar las fotos y un minuto para pegarlas en el panel. Si lo consiguen, ganarán la prueba.

**3) Las preguntas**

**1)** ¿Qué has de hacer antes de comer?
*R*: lavarme las manos
*Actividad*: tienes un minuto para ir a lavarte las manos.

**2)** ¿Qué has de hacer antes de comerte una pera en buen estado?
*R*: lavar la pera y nuestras manos.
*Actividad*: ir a lavar una pera.

**3)** Si te encuentras una lechuga que es de color amarillento y una verde y fresca ¿cuál te comerías?
*R*: la lechuga fresca y verde.

**4)** A la hora del patio te dan un bocadillo o un pastelito, ¿cuál de los dos tendrías que coger?

*R*: mejor el bocadillo.

**5)** ¿Cuál de estos alimentos es una verdura? La manzana, los garbanzos, la patata, las espinacas o el pescado.

*R*: las espinacas

**6)** ¿Cuándo te lavarías los dientes? Antes de comer. Después de cada comida. Una vez al día.

*R*: después de cada comida

7) ¿Cuál de estos alimentos es rojo? La pera, las judías, el arroz o el tomate.

*R*: el tomate.

**8)** Si tienes una caries, ¿dónde has de ir? Al veterinario, al zoológico o al dentista.

*R*: al dentista.

**9)** Si piensas que hay algún alimento en mal estado en tu casa, ¿qué haces? Tirarlo a la basura, comértelo o dejarlo en la nevera para que se lo coma otra persona.

*R*: tirarlo.

**10)** Has de comer de todo, es decir, verduras, carne, pescado, legumbres y fruta o ¿puedes vivir bien comiendo sólo pastelitos?

*R*: Hay que comer de todo.

**11)** Si tienes un tómate, una lechuga, un poco de aceite, vinagre, olivas y cebolla, ¿qué plato harás?

*R*: una ensalada.

**12)** Para limpiarte los dientes te hace falta agua, pasta de dientes y... ¿un cepillo de dientes, un peine o papel de váter?

*R:* un cepillo de dientes.

**13)** Antes de comer, hace falta limpiarte las manos con: jabón, lejía o suavizante.

*R*: jabón.

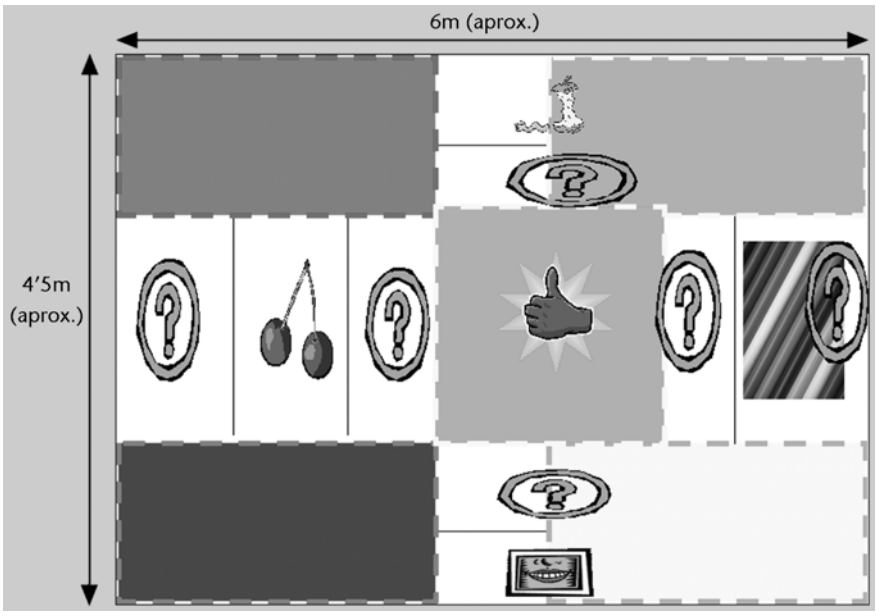
## 5.5. Un juego diferente[2]

Juego de mesa indicado para niños y niñas de 8 a 12 años que deben formar de 2 a 4 grupos de 2 personas como mínimo.

*Contenido*:

- 1 tablero (figura 20.3)
- 36 tarjetas
- sobres y tarjetas de las cuatro pruebas finales
- 2 dados
- 4 fichas
- 16 premios
- 5 sobres
- 4 lapiceros
- 1 bloc de notas

**Figura 20.3.** Tablero de juego.




2. Autoras: Rut Urpinas y Sara González.

**a)** *Objetivo*: el grupo ha de conseguir llegar al centro del juego tras pasar por las cuatro casillas principales (patio, talleres, lavabo, gimnasio). Conseguir que los niños y niñas adquieran más conocimientos sobre los accidentes que pueden sufrir en la escuela.

**b)** *Preparación*: se pone el tablero sobre la mesa. Cada grupo recibe una ficha y la coloca en centro, donde haya una flor. Hay que poner las tarjetas en los sitios indicados boca abajo sin que se vean las letras.

**c)** *Inicio de la partida*: iniciará la partida el jugador que al tirar el dado obtenga la puntuación más alta. Los jugadores empezarán la partida en el centro, donde está la flor.

**d)** *Reglas del juego*: se han de leer atentamente estas instrucciones. Todos los grupos tienen que haber pasado por las cuatro casillas principales y conseguir los premios correspondientes en cada una, tras lo cual volverán a la casilla de inicio, donde realizarán la prueba final, que se encuentra en un sobre. Dentro de la caja encontraremos un sobre para cada grupo, que servirá para guardar durante el juego los premios conseguidos en las cuatro casillas principales. Solamente se podrá volver a pasar por la casilla de inicio si se han conseguido los cuatro premios. Se podrá ir en todas las direcciones. Sólo se podrá cambiar de dirección cuando se vuelva a tirar el dado. Durante el camino los participantes tendrán que responder a las preguntas y hacer las actividades de las casillas en las que caigan al tirar el dado.

Las respuestas, actividades y la prueba final se habrán de decidir y hacer en grupo. Las pruebas las leerá uno de los equipos contrarios. Si un grupo no responde correctamente a la pregunta, comenzará a tirar el grupo de al lado y se penalizará con una vez sin tirar. No puede haber dos grupos en la misma casilla ni en las principales. Si coinciden en la misma casilla, tendrán que quedarse en la de detrás.

Se puede pasar por delante de otro grupo si la puntuación del dado es lo bastante alta como para superarlo. Se tendrá que llegar a las casillas principales y cuando se vuelva a la casilla de inicio, hay que llegar con la puntuación del dado exacta.

Si al llegar a una casilla principal no se contesta correctamente, al próximo turno se tendrá que tirar y salir de esta casilla. Cuando un grupo acabe, los otros podrán continuar y también podrán realizar la prueba final.

Capítulo XXI

# Evaluación de la efectividad de los medios de educación sanitaria

Concha Germán Bes

La evaluación es un proceso interrelacionado con la programación. Para que un programa sea evaluable, debe existir previamente la voluntad real de realizar la evaluación.

Para Peplau, en toda actuación de enfermería, hay comunicación.[1] A esta idea nos gustaría añadir: en toda actuación enfermera debe haber también, educación, mejor aún *aprendizaje*. Es decir: información, asesoría, instrucción, refuerzo, motivación, también transmisión de conocimientos, en suma, lo que el enfermo o usuario necesite para mejor llevar a cabo su propio cuidado.

Por tanto, los profesionales enfermeros somos en gran medida unos *enseñantes* que continuamente estamos utilizando técnicas y estrategias de enseñanza-aprendizaje. Por ello, la evaluación, es decir, la comprobación de si estamos logrando el resultado esperado es una actividad clave y permanente del trabajo enfermero.

No obstante, hay situaciones especialmente dedicadas a la acción educativa. La evaluación es un proceso interrelacionado con la programación. Para que un programa sea evaluable, debe existir previamente la voluntad real de realizar la evaluación. Un buen profesional debe diferenciarlas con claridad y en muchas ocasiones hacérselo ver a los enfermos y usuarios a los que atiende. Básicamente consideramos que hay tres niveles de educación enfermera que requieren diferentes estrategias de evaluación: la individual-familiar; la educación para la salud en grupo y la educación para la salud en la comunidad.

1. H.E. Peplau (1991).

Otro de los aspectos que condicionan la evaluación es el modelo educativo en el que nos situemos. Para ello señalaremos las tendencias, más que modelos, más frecuentes en educación para la salud. Naturalmente que el modelo condiciona el método y las técnicas de educación y, a su vez, la naturaleza de la evaluación. Por tanto realizaremos una breve descripción de cuáles son, a nuestro juicio, las técnicas más oportunas.

Proponemos una imagen tridimensional: *1)* sobre quién y quiénes se lleva a cabo la educación para la salud; *2)* cuál es nuestro modelo educativo y *3)* cuáles son nuestros métodos de enseñanza-aprendizaje. Dicho de otra manera: en función de aspectos como quién (que también incluye *qué* y *en qué lugar*), qué resultado se espera y cómo conseguirlo, elegiremos unas técnicas u otras de evaluación.

## 1. Qué es evaluar

Evaluar es comprobar si hemos logrado lo que esperábamos conseguir tras una acción. Conseguir significa reflexionar, medir, comparar, expresar opiniones y mostrar sentimientos. "La evaluación es un juicio acerca de algo. La forma de juzgar depende de nuestras expectativas, lo que creemos que es importante y lo que juzgamos irrelevante. Todo ello afectará a la forma de llevar la evaluación, los intereses a los que sirve y los métodos de que utilizará".[2] La evaluación es algo más que la observación y la recogida de datos. Una vez recogidos los datos, hemos de compararlos con las normas o criterios que se consideran un buen resultado. No podremos esperar los mismos resultados acerca del ejercicio físico que fomentamos en una población joven que en una población adulta media. El criterio o meta debe ser fijado de antemano, por la misma población, basándose en "una negociación";[3] o formando parte de una meta nacional. Por ejemplo, la disminución en un 20% de los accidentes de tráfico durante tres años. Es frecuente que la evaluación se presente como un diseño de investigación con

2. P. Hawe; D. Degeling; J. Hall (1993, pág. 6).
3. J. Sánchez Martos (1996, pág. 40-42).

metodología compleja,[4] o bien con diseños sencillos.[5] En nuestra opinión, la evaluación está dentro de la línea investigación acción· Es decir, utiliza métodos y diseños de investigación y su finalidad principal es mejorar la acción que mejora los resultados desde la perspectiva de los receptores.

El educador sanitario espera lograr cambios de comportamientos que afectan a la salud. Pero ¿están dispuestos los discentes (educandos, usuarios, enfermos) a lograr esos cambios? Tenemos de entrada dos ejes básicos de la evaluación: el *buen hacer* del docente y el *interés* del discente.

### 1.1. Breve historia de la evaluación de la educación para la salud

En 1961 la OMS[6] analizaba tres etapas históricas en la evaluación del concepto de promoción de salud:

**a)** *La etapa biomédica*. En esta etapa el profesional es el experto y el usuario debe creer y obedecer las órdenes e instrucciones que se le dan. Desde el punto de vista de la comunicación el proceso es incompleto, ya que es unidireccional; el emisor emite el mensaje, *versus* norma, que debe ser acatada y cumplida por el enfermo. El experto único de esta etapa es el médico.

La medicina atraviesa una época de gran prestigio. Descubrimiento de la penicilina, sulfamidas y otros antibióticos; tecnologías quirúrgica y diagnóstica; potenciación de los sistemas públicos de asistencia sanitaria. Etapa biologicista de la salud.[7]

Además, en España coincide con la época franquista, que se caracteriza por un contexto social, político y cultural en el que predomina el autoritarismo. En esta etapa, la educación para la salud no está diferenciada y la evaluación se contempla meramente como el cumplimiento de las normas dadas.

**b)** *La etapa psicológica*. En esta etapa hay dos preocupaciones: lograr una comunicación eficaz y una motivación. Por tanto, el emisor debe asegurarse de

4. M.A. López; M.O. del Valle; Y. Sastre; A. Cueto (1997, pág. 50-58). L. Weerdt y otros (1990, pág. 605-615)
5. J.L. Turabián; B. Pérez-Franco; J. Meléndez; C. Merino; A. García (1995, pág. 829-833).
6. Organización Mundial de la Salud (1961).
7. J.F. Martínez Navarro; V. Aparicio Ramón (1996, cap. 1, lib. 1).

que el receptor recibe y comprende el mensaje. En principio se asume la idea de que comprendiendo el mensaje, se logrará motivar. Hoy sabemos que, comprender es condición necesaria para motivar, pero no suficiente. Es más, en el mundo de la publicidad, se busca la acción de consumo sin que se razonen las ventajas de producto.

Gran parte de la falta de eficacia de la etapa biologicista anterior se explica por no haber logrado mensajes comprensivos para los discentes. Es una etapa en la que han logrado cierto éxito las ciencias de la conducta y en la que la comunicación es un elemento clave. No obstante, los expertos siguen siendo los profesionales, en este caso de las ciencias psico-sociales, que luchan por hacerse un hueco en el mundo de la salud. Adquieren gran importancia los cuestionarios de evaluación de actitudes.

**c)** *La etapa comunitaria*. En ésta, los expertos son tanto los profesionales como los usuarios, los enfermos, los ciudadanos. Los primeros son expertos de la ciencia y los segundos de la experiencia, pero ambos tienen conocimientos acertados y útiles acerca de la salud y la enfermedad. El eje salud-enfermedad es motivo de atención para la educación para la salud. Si la enfermedad es objeto de estudio de la medicina, la salud en positivo y no sólo como ausencia de enfermedad es objeto de toda la población, de educadores y otros profesionales periféricos al sistema sanitario. Y sobre todo, la salud es el objeto de atención principal de las personas dedicadas tanto al cuidado profesional como al informal.

La salud no es un fin, sino un medio para la vida. Cómo conservarla es motivo de debate entre las prácticas tradicionales y populares y las aportaciones técnicas de los profesionales. Ambos deben trabajar juntos, lo que supone un cambio de actitud radical para los profesionales acostumbrados a dictar lo que los enfermos deben hacer.

En esta etapa la evaluación es más diversa, ya que se considera que se deben evaluar todos los aspectos relevantes. Adquieren importancia la evaluación de la satisfacción del usuario y las técnicas cualitativas.

Es difícil ponerle fechas concretas a cada una de estas etapas, ya que se dan todavía en la actualidad en nuestro país. Hay algunos indicadores en este sentido, por ejemplo: cuando todavía se supone que la actividad educativa es connatural al hecho de ser profesional, como en el ejército el valor se le supone a los militares. Cuando se piensa que la gente no hace las cosas porque no le da la

gana. O por el contrario, cuando se piensa que con una buena información se lograrán los cambios esperados.

Los diferentes modelos de educación para la salud[8] que han surgido en los últimos veinte años centran su atención en las técnicas educativas, o en las persuasivas, o en las psicológicas psicoanalíticas, o en las conductistas Fishbein-Ajzer,[9] Green.[10] No puede haber un modelo único. En nuestra opinión hay que considerar dos grandes aspectos:

- La biografía de la persona y el bagaje acumulado: condiciones de vida básicas, etapa de la vida, motivaciones en ese momento, expectativas y resistencias, grupos de pertenencia y grupos de referencia.
- El contexto sociocultural, que incluye la tradición local y la influencia de los medios de comunicación de masas.

## 1.2. El modelo y el método de la educación condicionan la evaluación

Básicamente tendemos a identificarnos con algunos modelos:

**1)** *Modelo que incluya la diversión, las experiencias sentidas, que permita conocer cuáles son las actitudes, las expectativas y las resistencias*. Basado en el método inductivo, implica técnicas experienciales y experimentales y cooperativas. Facilita el desarrollo de los sentidos, la afectividad y la solidaridad. Requiere la participación permanente de los discentes.

**2)** *Modelo que se centra en el conocimiento cognitivo*. Domina el método deductivo que supone la elección de técnicas cognoscitivas y memoristicas. Esencialmente racionalista, sistemático y cuantitativista. Requiere poca participación de los discentes para su desarrollo. Ejemplo: la resolución de problemas como calcular las dosis de insulina en un caso diabético.

8. L. Ewles; I. Simnett (1996).
9. I. Ajzen.; M. Fishbein (1980, pág. 4-11).
10. L.W. Green y otros (1980, pág. 2-17).

**3)** *Modelo mixto*: utiliza métodos y técnicas de los dos anteriores. En nuestra experiencia,[11] en el trabajo con la comunidad hemos optado por un modelo en el que aproximadamente dos tercios se identificarían con el modelo primero. Así, hemos dedicado más horas a diseñar y aplicar oportunidades y espacios de aprendizaje (talleres, trabajos de casos, debates) que a la reflexión cognitiva (conferencias, clases magistrales).[12]

Una vez que usted ya sepa cuál es su modelo y su enfoque metodológico, puede pasa a ver si eligió las técnicas adecuadas. Tras esto, decida cómo las va a evaluar.

### 1.3. ¿Qué evaluar?

En este punto es útil partir del esquema de Donabedian: las entradas (*inputs*) y salidas (*outputs*) y los criterios en la estructura, el proceso y los resultados. Todo educador debe estudiar previamente las condiciones en las que se va a producir el acto educativo. Si puede participar en la preparación o modificar algún elemento, debe hacerlo. No podrá modificar el tamaño del aula, pero quizás sí la disposición de las mesas. O decidir si es el momento oportuno para comenzar con la educación de la familia en una visita domiciliaria.

**a)** *Evaluación de entrada:* en las entradas (*inputs*) debemos considerar las variables de la estructura física y las de las personas.

- *De la estructura física*

– *Espacio-tiempo*. El lugar de la educación, las condiciones del aula, tales como: confort, audición, temperatura, horario, tamaño, etc.; el momento de la educación; la época del año.
– El *tamaño* del grupo. Éste a su vez nos limitará la elección de unas u otras técnicas y por tanto la evaluación del aprendizaje. O cuál es la persona de apoyo principal u otras personas de la red de apoyo que va recibir la educación.

11. C. Germán y otros (1988).
12. C. Germán; L. Moreno; C. Tomás (1999).

– *Los propios contenidos del programa educativo*. Tema novedoso, habitual, presentación del proyecto.

• *Evaluación de las personas*. Una de las grandes diferencias de la educación para la salud respecto a otras enseñanzas es que los ciudadanos no parten de cero. Sólo los niños tienen escaso bagaje. Por tanto, una idea central es asegurarnos de que los discentes tienen conocimientos, habilidades y actitudes correctas sobre algunos de los temas incluidos en nuestro programa. El ejemplo más claro es la alimentación, tema complejo y polémico desde la perspectiva científica. Baste con el ejemplo del pan, que en una época condenamos y en otra recomendamos. "El interés no debe recaer en memorizar consignas saludables, sino en los factores mediadores entre conocimiento y acción".[13] Por tanto, en nuestro esquema de resultados proponemos una evaluación previa que comprenda:

– *Nivel de partida*. Para ello, podemos utilizar encuestas previamente validadas para un tema y una población similar a la nuestra. Criterios ambos que no siempre coinciden, por lo que tenemos que se muy prudentes en su uso. Además debemos contar si tenemos medios para la evaluación (base de datos, programa estadístico, etc.)
– *Interés del grupo por el tema abordado*. O bien, actitudes, expectativas[14] y resistencias.[15] Ejemplos de la evaluación previa del equipo de salud: "Todos hablamos de promoción de salud pero nadie dice cómo, cuándo y quién tiene que hacerla". "Tenemos dificultades para comunicarnos con la gente" o la constante escisión persistente entre ellos y nosotros, de donde se deduce claramente la falta de identificación social del personal sanitario como miembro de la comunidad en que trabaja, y en la mayoría de los casos habita".[16]
– *Conocimientos y prácticas correctos, errores y lagunas*. La mayoría de las personas saben que la sal no es buena para la presión arterial, al igual que un

13. M. Márquez Garrido; A. Barquero González; M.C. Carrasco Acosta; M.D. Cárdenas Santos (1997, pág. 5-7).
14. J.C. March Cerdá; M.A. Prieto Rodríguez; M. Hernán García; J.L. Bimbela Pedrola; L.A. López Fernández; J.I. Martínez Millán (1996, pág. 45-51).
15. M.J. Aguilar Idañez; J.G. Ander-Egg Zamboni (1995, pág. 29-36).
16. M.J. Aguilar Idañez; J.G. Ander-Egg Zamboni (1995, pág. 34).

exceso de grasas y el sedentarismo. Éstos y otros muchos conocimientos básicos que la población tiene podemos utilizarlos como evaluación positivas para incluirlos también en la intervención.

**b)** *Evaluación de proceso*. El proceso, es decir, el desarrollo del programa educativo. Es la evaluación día a día, la comprobación de si marcha bien el desarrollo del programa.

- La planificación de los contenidos
- Los métodos utilizados
- Claridad de exposición
- Técnica / dinámica grupal
- Medios audiovisuales (MAVS)
- Documentos entregados

**c)** *Evaluación de resultados*. Para un educador, los resultados son los cambios en el discente. Cambios que pueden expresarse en términos de conocimientos, habilidades y actitudes. En términos de Rochon,[17] la evaluación comprendería varios escalones: los que se han enterado, los que se han interesado, los que están dispuestos a probar cambios, los que han intentado cambios, los que han adoptado cambios y por último los que mantienen los cambios. Los resultados deben evaluarse a corto, medio y largo plazo. Desde nuestra experiencia proponemos además considerar que no hemos creado confusión ni culpabilidad. Por tanto, en nuestro esquema proponemos los siguientes criterios de resultados:

- *Conocimientos, prácticas y actitudes iniciales correctas*. Comprobar si mantienen.
- *Conocimientos aumentados*, es decir, los conocimientos nuevos y los errores aclarados.
- *Habilidades adquiridas y reforzadas*. Es el *saber hacer* tradicional al que se suman nuevas prácticas. Por ejemplo: el uso del microondas para reducir las grasas de las carnes y embutidos, a la vez que se mantiene la práctica culinaria del cocido.

17. Rochon, A. (1991).

- *Interés aumentado*. Esto implica que sigue haciendo preguntas, que quiere saber más cosas. Que nos hemos convertido en *interlocutores de referencia* para sus dudas. Esto indica también que hemos mejorado la autoestima de la persona, o al menos, no la hemos dañado.
- *Intentos de cambio de comportamiento*. Supone que ha aceptado el reto que propusimos ¿Por qué no lo intenta? ¿Qué cuesta probar?
- *Cambios realizados*. Generalmente suponemos que los cambios son *cambios de comportamiento*. Hay que tener en cuenta que cambiar hábitos es muy difícil. ¿Por qué las personas han de cambiar su manera de actuar sobre sí mismas? Tienen que ver las razones muy claras, útiles y beneficiosas. En los cambios de salud estos beneficios no se ven a corto plazo con facilidad. Sólo tenemos que pensar en lo difícil que resulta a muchas personas dejar de fumar.
- *Permanencia de los cambios*. En la misma línea de razonamiento anterior, a veces, logramos que las personas realicen cambios, quizás por nuestra buena capacidad persuasiva. Sin embargo, el mantenimiento de esos cambios está supeditado a numerosos factores de la persona. Al igual que realiza la publicidad, los enfermeros y educadores en general, tendríamos que planificar actividades de "recuerdo, refuerzo".
- *Dificultades encontradas*. En la evaluación mediante la entrevista o en el debate de grupo, deben recogerse las dificultades encontradas, que explican parcialmente los logros del programa. Esto sirve para futuros intentos en la misma población y para nuevos proyectos.
- *Soluciones aplicadas a las dificultades*. Unido a las dificultades es útil saber las soluciones aplicadas y su grado de éxito o fracaso. Puede haber dificultades estructurales, funcionales, culturales, etc. La valoración de éstas por todo el equipo (docentes y discentes) es importante para prever futuras intervenciones.
- Tres últimos criterios para finalizar: *1)* asistencia, *2)* satisfacción y *3)* cobertura de los participantes respecto al grupo total (por ejemplo, número de diabéticos asistentes del total potencial de nuestra zona básica).

En suma, hay que contar con todos los implicados. "La evaluación es una excelente estrategia social para conseguir entender lo que sucede con las actividades e instituciones sanitarias. Es también una plataforma de discusión que

permite profundizar y enriquecer el control democrático de los servicios públicos".[18] O en palabras de Barquero "[...] capaz de escudriñar el valor educativo del programa, que intente favorecer por sí misma los procesos de análisis de diálogo compartido, que tenga un potencial educativo tanto para los usuarios como para los profesionales que los dirigen y ejecutan".

## 1.4. El qué y el cuándo hacer la evaluación

La educación para la salud es interdisciplinar y se realiza desde muy diversos ámbitos: el hogar, la escuela, el centro de salud, las organizaciones de la comunidad, el lugar de trabajo, el instituto, etc. Recogemos en este cuadro (tabla 21.1) un esquema de evaluación que sigue, por ejemplo, una enfermera en su labor en un centro de salud. Unas veces será la educación para la salud dentro del plan de cuidados, en una visita domiciliaria en la consulta; o bien en la educación en un grupo, dentro de los programas comunitarios y en los medios (prensa, radio, televisión, vídeo local).

Tabla 21.1. Criterios de evaluación según actividades enfermeras.

| | Antes | Después |
|---|---|---|
| **Plan de cuidados** | • Parámetros biológicos<br>• Lo que el usuario y la familia saben que es correcto, los errores y lo que no saben<br>• Autoestima | • Parámetros biológicos<br>• Lo que el usuario y familia han aprendido y si mantienen errores<br>• No hay culpabilidad<br>• Han mejorado la autoestima |
| **Grupo escolar** | • Interés profesores, alumnos y padres<br>• Horario adecuado<br>• Fecha idónea<br>• Medios audiovisuales disponibles<br>• Técnicas didácticas habituales | • Satisfacción<br>• Habilidades, conocimientos<br>• Interés<br>• Revisar y reforzar la evaluación. a los seis meses |

18. J. Fernández Sierra; M.A. Santos Guerra (1992).

| | Antes | Después |
|---|---|---|
| **Grupos crónicos** | • Interés enfermos y familias<br>• Horario adecuado<br>• Fecha idónea<br>• Medios audiovisuales disponibles<br>• Experiencias previas | • Satisfacción<br>• Habilidades, conocimientos,<br>• Interés<br>• Parámetros biológicos<br>• Revisar y reforzar cada tres meses |
| **Grupo de adultos, mujeres** | • Interés mujeres y familias<br>• Horario adecuado<br>• Fecha idónea<br>• Medios audiovisuales disponibles<br>• Experiencias previas | • Satisfacción<br>• Habilidades, conocimientos,<br>• Interés<br>• Revisar evaluación cada año |
| **Asociación, ciudadanos** | • Interés grupo líder<br>• Horario adecuado<br>• Fecha idónea<br>• Medios audiovisuales disponibles<br>• Experiencias previas | • Satisfacción<br>• Habilidades, conocimientos,<br>• Interés<br>• Cobertura<br>• Personas clave |
| **Radio** | • Interés enfermos y familias<br>• Horario adecuado<br>• Fecha idónea<br>• Interactivo | • Audiencia<br>• Preguntas<br>• Demandas nuevas |
| **TV local**<br>**Prensa**<br>**Mesas en la calle**<br>**Teatro**<br>**Diaporamas** | • Interés enfermos y familias<br>• Horario adecuado<br>• Fecha idónea<br>• Interactivo | • Audiencia<br>• Preguntas<br>• Demandas nuevas |

En la tabla se recogen los criterios básicos. No obstante, remitimos al lector al punto "Qué evaluar" de este mismo capítulo.[19]

19. La obra de Hawe, citada en la bibliografía, la recomendamos como *libro de cabecera* para la evaluación de programas de EpS y promoción de salud.

## 2. Técnicas de evaluación y su recomendación[20]

La evaluación es una actividad costosa y hay que decidir previamente cuáles son los propósitos de su realización. Factores como el tiempo, el lugar y la idoneidad forman parte del contexto donde se realizan las actividades educativas. Así, nos preguntaremos: ¿forman parte de un plan de salud? ¿Son periódicas o son actuaciones puntuales? ¿Quién nos financia? ¿Coincide nuestro propósito con los promotores? ¿Es esto lo que esperaban nuestros discentes? ¿Tengo yo suficiente conocimiento del tema? ¿Tengo capacidad persuasiva y soy fuente de persuasión? ¿Tengo medios adecuados? ¿Dispongo de tiempo suficiente?

En la siguiente tabla (tabla 21.2) se proponen algunas de las técnicas más conocidas y su aplicación en diferentes contextos de educación para la salud. Describiremos brevemente cada una de ellas.

Tabla 21.2

| Técnica | Usar en |
|---|---|
| **1.** Cuestionario / encuesta | • Grupos grandes, estudios de audiencia |
| **2.** Observación /demostración | • Enseñanza de técnicas, evaluación previa y posterior |
| **3.** Grupo focal | • Evaluación previa y posterior de grupos |
| **4.** Análisis de contenido | • Evaluación de prensa, grabaciones de grupos focales |
| **5.** Estudio de casos | • Evaluación en grupo de crónicos, jóvenes, ciudadanos |
| **6.** Torbellino de ideas | • Evaluación previa con grupos, evaluación final |
| **7.** SMOG, FOG | • Legibilidad de textos |

### 2.1. Cuestionario, encuesta

Técnica de tipo cuantitativo que se compone de preguntas de respuesta múltiple que el encuestado debe seleccionar. Permite cuantificar las respuestas me-

20. Ver el capítulo 7 del libro de Hawe

diante análisis estadístico simple, como las frecuencias, o bien un análisis más complejo, como el análisis multivariable. Sus limitaciones son que requiere gran cantidad de tiempo para realizara la base de datos y que precisa conocimientos de estadística e informática. Finalmente, debe estar validada, es decir, probada su eficacia para una población igual o similar a la nuestra. En mi opinión, ésta es la limitación más importante. Una recomendación es que evitemos realizar encuestas *ad hoc*.

### 2.2. Observación, demostración

Son dos técnicas que parten del aprendizaje de las cosas por las cosas.[21] La observación como técnica de evaluación requiere una actitud activa y una preparación previa. Requiere saber qué se quiere observar, cuánto tiempo, el momento idóneo, cómo recogeremos la observación, etc. Los libros de métodos cualitativos describen con detalle esta técnica. Es muy adecuada para la evaluación psicomotriz y actitudinal. También se ha usado en nuestro medio para evaluar acciones de promoción de salud.

La demostración es la mejor manera de evaluar el aprendizaje de habilidades. El discente deberá repetir delante de nosotros la realización de un procedimiento concreto. Por ejemplo: ponerse unas medias antivarices o inyectarse la insulina.

### 2.3. Grupo focal

En España se conoce como *grupo de discusión*. Fue muy utilizado por el sociólogo de la educación Ibáñez. Hawe también le denomina *entrevista grupal*. Es una técnica cualitativa idónea para la evaluación de pequeños grupos educativos. Su denominación de focal deriva de que los grupos están muy centrados en un tema concreto. Nos permite conocer en profundidad las cualidades de un tema en una población concreta.[22] Requiere realizar unas preguntas de partida ade-

21. C.A. Escamilla Gómez (1967).
22. M.M. García Calvente; I. Mateo Rodríguez (1993, pág.16-19).

cuadas y breves. Además hace falta contar con una cierta experiencia en la conducción de grupo por parte del moderador. Una modalidad similar es el grupo operativo.[23]

### 2.4. Análisis de contenido

Una técnica cualitativa que utilizamos como evaluación de textos y grabaciones auditivas. Se utiliza mucho como análisis de prensa y como evaluación de grabaciones por ejemplo de grupos focales, técnica anteriormente descrita. Es una técnica muy útil que, como todas, requiere una preparación previa de cuáles son los aspectos que queremos evaluar y las categorías que les damos.

### 2.5. Estudio de casos

Muy útil para ver la resolución de un caso dado.[24] Puede utilizarse en el ámbito individual o en pequeño grupo en un curso. Requiere una buena preparación por parte del docente. Se deben elegir casos sencillos y de la vida real.

### 2.6. Torbellino de ideas

Técnica cualitativa ideal para pequeños grupos. Muy extendida en el mundo profesional actual. Permite la participación equitativa de todos los participantes. Su uso en la evaluación nos permite conocer cuáles son las ideas y conceptos que mejor han sido comprendidos por los discentes. Además de dotes de moderación, es muy recomendable partir de una buena pregunta.

23. M.J. Rodríguez Fernández; E. Teno Márquez; M.R. Sánchez Pérez; J.L. Martín Manzano; J.D. Luna del Castillo (1997, pág. 29-33).
24. S. Saéz; F. Marqués; R. Colell (1995).

### 2.7. Técnicas de evaluación de la legibilidad: SMOG, FOG

SMOG y FOG son técnicas de evaluación de la legibilidad. Este concepto hace referencia a la complejidad de la estructura del lenguaje escrito, es decir, frases y polisílabos. Cuanto más largas sean las frases de un texto y mayor el número de palabras de tres o más sílabas, peor será su legibilidad. Es decir, peor será su comprensión por los lectores. En España no está todavía muy extendida esta técnica, sin embargo en el mundo anglosajón se usa en la corrección de estilo de las editoriales y se aplica a prospectos de medicamentos y a textos de materiales educativos. En nuestra experiencia,[25] se confirma que suelen tener mejor legibilidad los textos en los que participan los usuarios a los que va dirigida la educación. No obstante, la legibilidad por sí sola no es suficiente para ofrecer textos educativos adecuados a la población a la que van dirigidos.

## 3. Ejemplos de evaluación

Use la técnica que use, es muy importante tener claro qué tiene que registrar. Es decir, escribir una ficha mínima de datos que debe recoger cuidadosamente en papel, cinta de grabación de audio o mixta y probablemente tendrá que darle un tratamiento informático. Ejemplos de registro de actividades educativas que luego podemos evaluar:

### 3.1. Ejemplo de un programa de promoción de salud

El programa de Promoción de Salud de Mayores era parte del Plan Municipal "Alcalá Ciudad Saludable".[26] Las actividades se realizaban durante los meses de primavera, verano y parte de otoño. El invierno no era propicio por razones de temperatura y porque además los abuelos se hacían cargo de la casa y de los niños

25. C. Germán; P. Peña; S. Saura; F. Manglano; R. Sangüesa; C. Sanz; S. Monzón (1998, pág. 30- 33).
26. S. López; C. Germán (1993).

mientras los padres asistían a la recogida intensiva de la aceituna. Este descanso lo valoraban como positivo, ya que luego deseaban que empezara para ellos su particular "curso escolar".

El programa de actividades se hizo a partir de los deseos expresados por los mayores y contando con los recursos disponibles. Disponíamos de cuatro monitoras que trabajaban tres tardes a la semana y que se distribuían dieciséis núcleos de población.[27] Dado que uno de ellos era el centro grande con 17.000 personas, una se ocupa de éste y las otras tres de los quince restantes, que sumaban en total 7.000 personas. Ubicados en la parte sur de la cordillera Bética (subética), la altitud oscilaba entre los 700 y los 1.100 metros, por estrechas carreteras de montaña.

Las monitoras contaban con el apoyo de la coordinadora del programa, el respaldo político de la concejala y de todo el equipo municipal y la comisión intersectorial. Ésta cumplió un papel esencial en la puesta en marcha del programa y en el refuerzo técnico y moral del mismo. Participaban: Servicios Sociales Municipales, Centro de Salud, Hogar del Pensionista, Cáritas, Cruz Roja y organizaciones juveniles.

Se identificó como problema nuclear de salud el aislamiento y la soledad de las personas mayores. Esto ocasionaba tristeza, abandono y múltiples dolencias de salud asociadas a una edad avanzada y en unas condiciones geográficas con barreras de movilidad. De hecho, manifestaban que apenas se veían con sus familiares y amigos de las aldeas vecinas. El objetivo central del programa de promoción de salud fue favorecer la relación y el entretenimiento de las personas mayores. Se ampliaron los espacios de relación (centros sociales), se compraron algunos materiales y, lo más importante, se estimuló la participación en las actividades que entre todos diseñamos.

**1) Evaluación del programa**

**a)** *Indicadores de cobertura*. Cada monitora conocía la población de mayores por aldea. Si eran actividades colectivas se sumaban, siendo el denominador la población total de mayores y el numerador las personas asistentes a la actividad. Por ejemplo: los viajes de un día, convivencias de un día, bailes. Más difícil era

27. Alcalá la Real tiene un término municipal diseminado. Cuenta con 22.000 habitantes distribuidos en un núcleo de 17.000 y 15 aldeas de entre 300 y 1.100 habitantes. La distancia radial al núcleo grande está entre 3 y 16 kilómetros.

contar las personas asistentes cuando la actividad duraba varios días: exposiciones de objetos antiguos, recitales de poesía, jornadas en las que incluían conferencias, bailes, concursos gastronómicos etc. En este caso se realizaba un recuento muestral en diversas horas punta.

**b)** *Ficha de actividades unipersonal*. Recogía las actividades realizadas los días de asistencia de la monitora. La evaluación se realizaba por un sistema de muestreo temporal, es decir, a toda la población unos días seleccionados al principio, en medio y al final del período de actividades. La ficha era muy bien recibida por los mayores, que consideraban que las *jefas* consideraban importante esta actividad (figura 21.1).

Figura 21.1. Modelo de ficha.

ALCALÁ CIUDAD SALUDABLE CON SUS MAYORES
FICHA DE LOS PARTICIPANTES EN LAS ACTIVIDADES
APELLIDOS Y NOMBRE. . . . . EDAD
DOMICILIO. . . . . CON QUIÉN VIVE
ASOCIACIÓN - ONG A LA QUE PERTENECE. . . . . TLF
¿ES RESPONSABLE DE ALGUNA ACTIVIDAD?.

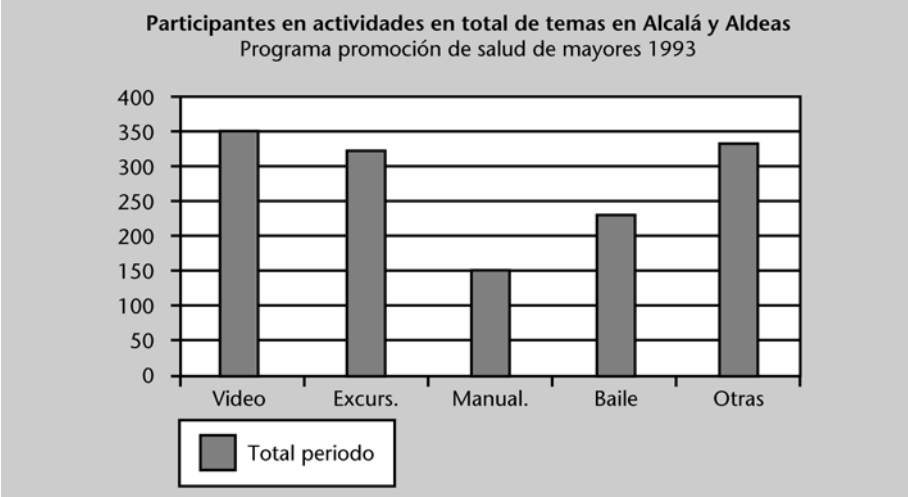
| | Vídeo | Charlas | Excursiones | Manualidades | Deportes | Baile | Radio | Jornada | Otras | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ABRIL** | | | | | | | | | | |
| **MAYO** | | | | | | | | | | |
| **JUNIO** | | | | | | | | | | |
| **JULIO** | | | | | | | | | | |
| **AGOSTO** | | | | | | | | | | |
| **SEPTIEMBRE** | | | | | | | | | | |
| **OCTUBRE** | | | | | | | | | | |
| **NOVIEMBRE** | | | | | | | | | | |
| | **Vídeo** | **Charlas** | **Excursiones** | **Manualidades** | **Deportes** | **Baile** | **Radio** | **Jornadas** | **Otras** | |

Con esta ficha valoramos el número de actividades que realiza cada persona a lo largo del año y el tipo de actividad en la que participa. También podemos evaluar las personas menores de 64 años que participan en las diferentes actividades, así como las asociaciones u ONG que colaboran.

Las actividades se anotaban en las fichas al finalizar las mismas. Una vez rellenada la primera parte de la ficha, correspondiente a los datos personales, en las sucesivas entradas sólo tendrá que marcar una cruz en la casilla correspondiente. Periódicamente se realizaba un vaciado de la información de las fichas por el responsable técnico del programa.

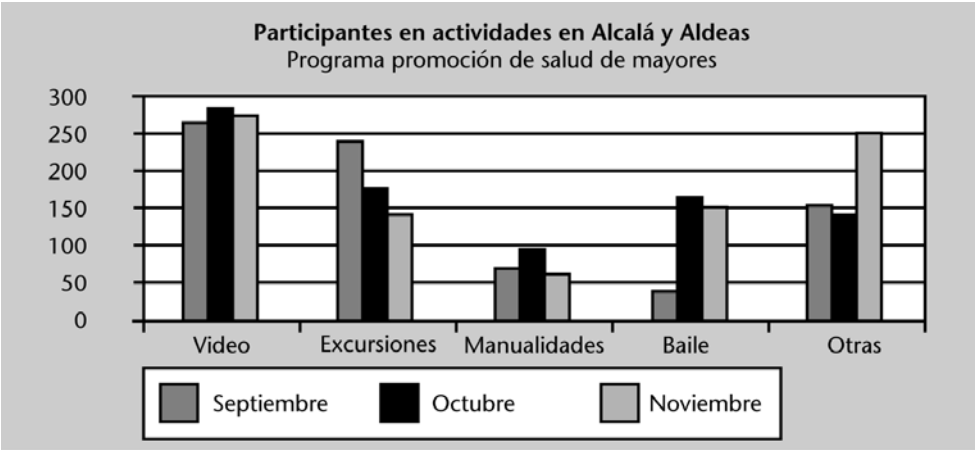
La ficha facilitaba un análisis de las actividades mejor valoradas, a la vez que permitía a la monitora la realización de un seguimiento de las personas. Caso de que no asistieran, se analizaba la causa y se reforzaba la red de apoyo. Al cabo de un tiempo constituyeron un equipo de visitas de enfermos que los mismos mayores gestionaban. Otra de las utilidades de la ficha es que al formalizar la evaluación podíamos presentar resultados cuantitativos más objetivos a los responsables políticos, que servían de defensa del programa.

**Figura 21.2.** Participantes en las actividades.




En la figura 21.2, se observa que son las actividades de vídeo y excursiones en las que más personas han participado. En vídeo se han agrupado las conferencias sobre salud, así como las proyecciones de vídeo propiamente dichas.

**Figura 21.3.** Participantes en el programa.




En la figura 21.3, se observa que la participación en las actividades es similar en los tres meses, excepto en las excursiones, en las que desciende el número de participantes a medida que desciende la temperatura otoñal.

**Figura 21.4.** Encuesta.

ENCUESTA-SATISFACCIÓN DE LAS JORNADAS CIUDADANAS "SER MAYOR EN ALCALÁ"
POBLACIÓN:. . . . . SEXO: H - M EDAD:.
1. ¿Qué es lo que más le ha gustado de las Jornadas? ¿Por qué?

2. ¿Qué es lo que menos le ha gustado de las Jornadas? ¿Por qué?

3. En una puntuación de 1 a 5, ¿qué valor le daría a las Jornadas (1 es el mínimo y 5 el máximo)?

### 2) Cuestionarios de evaluación de materiales educativos[28]

Para finalizar, adjuntamos dos sencillos cuestionarios para la evaluación de los materiales educativos. Ambos son herramientas útiles para trabajar con la población; es decir, son instrumentos que favorecen la participación de la comunidad.

28. M. Rice; L. Valdivia (1991, pág. 79-85).

- **Cuestionario A**

Título y año de edición:

Breve descripción:

*Coloque una X en la columna correcta.*

| **Criterios generales** | **Sí** | **No** |
|---|---|---|
| 1. La población diana participó en su desarrollo o evaluación. | | |
| 2. Representan situaciones del día a día. | | |
| 3. Forman parte de un programa educativo. | | |
| 4. Se dispone de los servicios o recursos que promueven. | | |
| 5. Se cuenta con otros materiales o técnicas que refuerzan el mensaje. | | |
| 6. Tienen instrucciones sobre su uso. | | |
| 7. Se consideraron las características sociodemográficas, culturales y geográficas de la población diana. | | |
| 8. Se probaron antes de ser finalizados. | | |
| 9. Se cuidó que no se ofendieran las tradiciones del lugar. | | |
| 10. Los profesionales de la salud participaron activamente en el diseño. | | |
| 11. Hacen referencia a objetivos específicos educativos. | | |
| 12. Promueven acciones fáciles y apropiadas. | | |
| 13. Respetan la libre elección de la población diana. | | |

Comentarios:

Núm. total de criterios adecuados:

El material debe cumplir **al menos, con ocho criterios** para ser aceptado

- **Cuestionario B**

Indique si el material contiene los criterios en la escala de 1 a 5 de menor a mayor.

| Criterios específicos | 1 2 3 4 5 |
|---|---|
| 1. Se dedica a un tema específico. | 1 2 3 4 5 |
| 2. El mensaje o contenido son de fácil comprensión. | 1 2 3 4 5 |
| 3. Las ilustraciones clarifican o complementan las partes escritas. | 1 2 3 4 5 |
| 4. El tamaño de las letras es fácil de leer. | 1 2 3 4 5 |
| 5. Se ofrece un esquema del mensaje o contenido. | 1 2 3 4 5 |
| 6. Contiene aspectos que enfatizan en algunas partes las ideas importantes, como: tipo, tamaño, estilo y color. | 1 2 3 4 5 |
| 7. El estilo escrito, gramatical y puntuación, son los apropiados para la audiencia. | 1 2 3 4 5 |
| 8. Elude información, sobrecarga, o tiene demasiado escrito en algún lugar. | 1 2 3 4 5 |
| 9. Usa lenguaje fácil y comprensible para la población diana. | 1 2 3 4 5 |

**SE DECIDE:**

- ADELANTE, entre 40 y 45 puntos.
- Necesita REVISIÓN, entre 21 y 39 puntos.
- SE RECHAZA, con menos de 20 puntos

COMENTARIOS

### 3) Reflexión final

La actitud de evaluación es fundamental para las enfermeras y los profesionales que trabajan dentro de la promoción y educación para la salud. Esto supone planear en qué medida notará la población el esfuerzo realizado. Sin embargo, no hay que obsesionarse con la evaluación. Esto requiere, una vez mas, aplicar el sentido común y elegir los indicadores más sencillos y adecuados al contexto educativo.

# Bibliografía

## Capítulo I

**Assal J.P.; Golay, A.; Visser, A.P.** (1995). *New trends in patient education, a transcultural and inter-disease approach*. Ámsterdam: Elsevier.
**Bloom, B.S.** (1979). *Taxonomía de los objetivos de la Educación. Clasificación de las Metas Educativas*. Alcoy: Marfil.
**Lalonde, M.A.** (1974). *New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa, Canadá : Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare.
**Mager, R.F.** (1985). *Formulación operativa de objetivos didácticos*. Madrid: Marova.
**Martín Zurro, A.; Cano, J.F.** (1993). *Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta*. Barcelona: Doyma.
**Nebot, M.** (1991). "El Consejo médico y la promoción de la salud". *Atención primaria* (núm 8, pág. 331-336).
**OMS** (1946). *Carta Magna Constitucional*.
**OMS** (1978). *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata. Ginebra: OMS.
**OMS** (1987). "Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la Salud". *Rev. San. Hig. Publ.* (núm. 61, pág. 129-133).
**OMS** (1989). *Educación para la Salud. Manual sobre Educación Sanitaria en Atención Primaria de Salud* /1989). Ginebra: OMS.
**Rochón, A.** (1991). *Educación para la Salud. Guía práctica para realizar un proyecto*. Barcelona: Masson
**Salleras Sanmartí, L.** (1990). *Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones* (2.ª ed.). Madrid: Díaz de Santos.
**Sánchez Martos, J.** (1990). *Proyecto Docente e Investigador de Educación Sanitaria*. Madrid: Universidad Complutense.
**Terris, M.** (1980). *La revolución epidemiológica y la medicina Social*. México, D.F.: Siglo XXI.
**Turabián, J.L; Pérez-Franco, B.** (1995). "Del consejo médico persuasivo al participativo en Medicina de Familia. Elementos para iniciar un debate". *Medifam* (vol. 5, núm. 5, pág.258-263).

## Capítulo II

**Amat, O.** (1994). *Aprender a enseñar*. Barcelona: Gestión 2000.
**Bartolomé, A.** (1994). *Recursos tecnològics per a la docència universitària*. Barcelona: Publicacions Universitat de Barcelona.
**Borrell, F.** (1989). *Manual de entrevista clínica*. Barcelona: Doyma.
**Brown, B.** (1978). *Lecturing and Explaining*. Londres: Methuen.
**Calnan, J.** (1979). *Cómo hablar en Medicina*. Barcelona: Daimon.

**Couto, M.** (1996). *Cómo hablar bien en público*. Barcelona: Gestión 2000.
**Cox, K.; Ewan, C.** (1990). *La docencia en medicina*. Barcelona: Doyma.
**Manchester Open Learning** (1995). *Cómo hacer presentaciones eficaces*. Barcelona: Ediciones Gestión 2000.

## Capítulos III y IV

**Area Moreira, M.** (1991). *Los medios, los profesores y el currículo*. Hospitalet de Llobregat: Sendai ediciones.
**Bartolomé, A.** (1994). *Recursos tecnològics per a la docència universitaria*. Barcelona: Universitat de Barcelona. (Docència Universitaria, núm.4).
**Bautista Garcia-Vera, A.** (1994). *Las nuevas tecnologias en la capacitación docente*. Madrid: Visor Distribuciones.
**Calnan, J.; Barabas, A.** (1973). *Cómo hablar en medicina*. Barcelona: Ediciones Daimon, Manuel Tamayo.
**Colom, A; Sureda, J.; Salinas, J.** (1988). *Tecnología y medios educativos*. Madrid: Editorial Cincel.
**Coppen, H.** (1978). *Utilización didáctica de los medios audiovisuales*. Madrid: Ediciones Anaya.
**Ferrandez, A.; Sarramona, J.; Tarín, L.** (1988). *Teoria y Práctica de la Programación Escolar*. Barcelona: Ediciones CEAC.
**Ferrer, V.** (1994). *La metodologia didàctica a l'ensenyament universitari*. Barcelona: Universitat de Barcelona. (Docència Universitaria núm.3)
**Font, A.** (1985). *33 Tècniques, recursos audio-visuals, instrumnets*. Barcelona: Graó.
**García Barbero, M.; Alfonso Roca, M.T.; Cancillo Salas, J.; Catejón Ortega, J.V.** (1995). *Planificación educativa en ciencias de la salud*. Barcelona: Masson.
**Manchester Open Learning** (1997). *Cómo hacer presentaciones eficaces* (2.ª ed.). Barcelona: Ediciones Gestión 2000.
**Ogalde, I.; Bardavid, E.** (1991). *Los materiales didácticos*. México: Trillas.
**Puig, G.; Larreula, E.** (1976). *Figurines DEC. Iniciació al franel·lograf*. Barcelona: Col·lecció Cuaderns.
**Sancho Juana, M.** (1994). *Para una tecnología educativa*. Barcelona: Horsori.

## Capítulo V

**Borràs, J.M.** (1990). *Efectivitat de l'educació sanitaria. Salut Catalunya* (vol. 4, núm. 4, pág. 125-128).
**Green, L.W.; Kreuter, M.; Deeds, S.; Partridge, K.** (1980.) *Health Education Planning: a Diagnostic Approach*. Palo Alto, CA: Mayfield.
**Guayta, R.; Abella, X.; Tresserras, R.; Taberner, J.L.; Salleras, L.** (1995). "El consejo médico en atención primaria". *Jano* (núm. 1131, pág. 1419-1424).
*LLibre Blanc per a la integració de les activitats preventives a l'oficina de farmacia* (1997). Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, Consell de Col.legis Farmacèutics de Catalunya.

**Maslow, A.H.** (1968). *Toward a psychology of being*. Nueva York: Di Van Nostrand.
**Nebot, M.** (1991). "El Consejo médico y la promoción de la salud". *Atención primaria* (núm. 4, pág. 331-336).
**Nebot, M.; Soler, M.; Martín, M.; Birulés, M.; Oller, M.; Sala, E.; Cabezas, C.** (1989). "Efectividad del consejo médico para dejar de fumar: evaluación del impacto al año de la intervención". *Revista Clinica Española* (núm. 184, pág. 201-205).
**Nebot, M.; Cabezas, C.; Oller, M.; Moreno, F.; Rodrigo, J.; Sardá, T.** *et al.* (1995). *El consejo médico en el paciente hipertenso*. Madrid: Liga Española de Lucha contra la Hipertensión Arterial
**Pitarch, M.** (1990). "Consejo médico, consejo de enfermería y chicle de nicotina para dejar de fumar en atención primaria". *Medicina Clínica* (núm. 95, pág. 57-61).
**Salleras, L.; Bertan, J.M.; Prat, A.** (1994). "Los métodos de la medicina clínica preventiva (II). Consejo médico (*counseling*)". *Medicina Clínica* (núm. 102, vol. 1, pág. 19-25).
**Salleras Sanmartí, L.** (1985). *Educación sanitaria: Principios métodos y aplicaciones*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
**SEMFYC** (1994). *Programa de actividades preventivas y promoción de la salud* (PAPS). Madrid.
**SEMFYC/PAPPS** (1997). *Efectividad de la educación sanitaria. Informe técnico del grupo de educación sanitaria y promoción de la salud*. Madrid.
**SEMFYC/PAPPS** (1993). *Informe del grupo de educación sanitaria y promoción de la salud*. La Coruña.
**Serra-Magem, Ll.; Ribas, L.; Castell, C.; Arija, V.; Lloveras, G.; Salleras, Ll.** "Consejo nutricional y alimentario". *Medicina Clínica* (núm. 102, vol. 1, pág. 36-47).
**Simonds, S.K.** (1984). "Individual Health counselling and education: emerging directions from current theory, research, and practice". *Patient Education and Counseling* (núm. 4, pág. 175-181).

## Capítulo VI

**Anzieu, D.; Martín, J.** (1997). *La dinámica de los grupos pequeños*. Madrid: Biblioteca nueva.
**Sbandi, P.** (1990). *Psicología de grupos* (3.ª ed.). Barcelona: Herder.
**Lewin, K.** (1965). "Décisions de groupe et changement social". En: A. Lévy (ed.). *Psychologie sociale, textes fondementaux*. París: Dunod.
**Moscovichi, S.** (1991). *Psicología social, influencia y cambio de actitudes. Individuos y grupos* (2.ª ed.). Barcelona: Paidós.
**Pérez, R.M.; Sáez, S.** (2001). "Dinámica de grupos en educación para la salud". En: S. Sáez; P. Font; R.M. Pérez; F. Marqués (eds). *Promoción y educación para la salud. Conceptos, metodología y programas*. Lleida: Milenio.
**Sáez, S.; Marqués, F.; Colell, R.** (1995). *Educación para la salud. Técnicas para el trabajo con grupos pequeños*. Lleida: Pagès.
**Lewin, K.** (1951). *La teoría del campo en la ciencia social*. Buenos Aires: Piados.
**Leyens, J.Ph.** (1982). *Psicología Social*. Barcelona: Herder.

**López-Yarto, L.** (1997). *Dinámica de grupos, cincuenta años después*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
**Mann, L.; Janis, I.L.** (1992). "A follow-up study on the long range effects of emotional role playing". *Journal of Personal and Social Psychology* (vol. 1, núm. 8, pág. 339-342). Citado en Leyens (1992).
**Marsh, L.C. "**Group Therapy in the Psychiatric Clinic". *Journal of Nervous and Mental Diseases* (núm. 82).
**Moreland, R.L.** (1987). "The formation of small groups". En: Hendrick (ed.). *Review of Personality and Social Psychology* (núm. 8, pág. 80-110). Newbury Parck, CA: Sage
**Muchielli, R.** (1977). *La dinámica de los grupos pequeños*. Buenos Aires: Kapeluz.
**Paulhus, P.B.** (1989). *Psychology of groups influence* (2.ª ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum
**Pérez, R.M.** (1997). *Tabac, Alcohol i altres drogues*. Barcelona: Columna.
**Pratt, J.H.** (1908). "The results obtained in the treatment of pulmonary tuberculosis by the class method". *British Medical Journal* (núm. 2).
**Rosenberg, M.J.; Hovland, C.I.** (1960). "Cognitive, affective and behavioral components of attitudes". En: C.I. Howland; M.J. Rosenberg. *Attitude Organization and Change: An Analysis of Consistency Among Attitude Components*. New Haven, Conn.: Yale University Press.
**Sbandi, P.** (1990). *Psicología de grupos* (3.ª ed.). Barcelona: Herder.
**Shaw, M.** (1989). *Dinámica de grupo*. Barcelona: Herder.
**Tejada, J.** (1997). *Grupo y educación: técnicas de trabajo y análisis*. Barcelona: Lu.
**Vander Zanden, J.** (1990). *Manual de Psicología Social* (3.ª ed.). Barcelona: Paidós Básica.
**Villegas, M.** (1997). "Grupos en la Clínica". En: P. González. *Psicología de los Grupos: Teoría y aplicación*. Madrid: Síntesis.

## Capítulo VII

**Beauchamp, A.; Graveline, R.; Quiviger, C.** (1997). *Cómo animar a un grupo* (4.ª ed.). Santander: Sal Térrea.
**Gamella Pizarro, C.** (1992). *Proyecto Docente de Educación sanitaria*. Madrid: Universidad Complutense.
**García Hoz, V.** (1997). *Educación personalizada* (8.ª ed.). Madrid: Rialp, SA.
**Martín García, J.; Criado García, B.; Gamella Pizarro, C.; Sánchez Martos, J.** (1998). "Metodología práctica en educación diabetológica: La loca diabetes". *Enfermería Científica* (núm. 198-199, pág. 13-19).
**Shaw, M.E.** (1997). *Dinámica de grupo. Psicología de la conducta de los pequeños grupos* (5.ª ed). Barcelona: Herder, SA.
**Salleras Sanmartí, L.** (1990). *Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos.
**Sánchez, J.; Gamella, C.** (1995). "Educación sanitaria". En: A. Pérez Melero. *Enfermería Geriátrica* (pág. 459-467). Madrid: Síntesis.
**Sánchez, J.; Gamella, C.** (1994). "Estrategias de educación y metodología educativa en Educación para la Salud". En: J. Sánchez; R. Mateo. *Los profesores ante las drogas* (pág. 139-179). Madrid: P.E.D.

## Capítulo VIII

**Cassany, D.** (1995). *La cuina de l'escriptura* (4.ª ed.). Barcelona: Editorial Empúries SA.
**Flesch, R.** (1949). *The art of Readable Writing*. Nueva York: Editorial Empúries SA.
**Flower, L.** (1989). *Problem-solving Strategies for writing* (3.ª ed.). Orlando: Harncourt Brace Jovanovich.
**Henry, G.** (1987). *Comment mesurer la lisibilité*. Bruselas: Editorial Labor.
*Recomendaciones para elaborar los apuntes*. Barcelona: Universitat Ramón Llull, Escola Universitària d'Infermeria Blanquerna.
**Sebranek, P.; Meyer, V.; Kemper, D.** (1989). *A Guide to Writing, Thinking and Learning. Writers INC*. Burlington: Write Source. Educational Publishing House.
**Unesco.** *Recomendaciones para un uso no sexista del lenguaje*. París: Servicio de Lenguas y Documentos (BPS/LD), Unesco.

## Capítulo IX

**Abbatt, F.R.** (1992). *Teaching for better learning. A guide for teachers of primary health care staff* (2.ª ed.). Ginebra: OMS.
**Abbatt, F.R.; Mejía, A.** (1988). *Continuing the education of health workers. A workshop manual*. Ginebra: OMS.
**Bernier, M.J.; Yasko, J. (**1991). "Designing and evaluating printed education materials: Model and Instrument Development". *Patient Education and Counseling* (núm. 18, pág. 253-263).
**Bernier, M.J.** (1996). "Establishing the psychometric properties of a scale for evaluating quality in printed education materials". *Patient Education and Counseling* (núm. 29, pág. 283-299).
**Beaver, K.; Luker, K.** (1997). "Readability of patient information booklets for women with breast cancer". *Patient Education and Counseling* (núm. 31, pág. 95-102).
**Brody, D.S.** (1980). "An analysis of patient recall of their therapeutic regimens". *Journal of Chronic Diseases* (núm. 33, pág. 57-63).
**Davis T.C.; Bocchini. A.; Fredrickson, D.; Arnold. C.; Mayeaux, E.J.; Murphy, P.W.** *et al*. (1996) "Parent Comprehension of Polio Vaccine Information". *Pamphlets. Pediatrics* (núm. 97, vol. 6, pág. 804-810).
**Dollahite, J.; Thompson, C.; McNew, R.** (1996). "Readability of printed sources of diet and health information". *Patient Education and Counseling* (núm. 27, pág. 123-134).
**Domínguez, J.; Regato, P.; Violan, C.** (1995). "La educación para la salud en el Área XI de Atención Primaria de Madrid". *Centro de Salud* (pág. 23-27).
*Education for health. A manual on health education in primary health care* (1988). Ginebra: OMS.
**Frederikson, L.G.; Bull, P.E.** (1995). "Evaluation of a patient education leaflet designed to improve communication in medical consultations". *Patient Education and Counseling* (núm. 25, pág. 51-57).

**Glarer, H.R.; Lynne, M.K.; Bosler, F.E.** (1996). "Patient education pamphlets about prevention, detection, and treatment of breast cancer for low literacy women". *Patient Education and Counseling* (núm. 27, pág. 185-189).
**Hawe, P.; Degeling, D.; May, J.** (1993). *Evaluación en Promoción de la Salud. Guía para trabajadores de salud* (1.ª ed.). Barcelona: Masson.
**Herbert, C.P.** (1996). "Giving information: usually necessary, but often insufficient to achieve behavior change". *Patient Education and Counseling* (núm. 29, pág. 229-230).
**Herbert, C.P.** (1996). "Patient information for improved self care: a critical appraisal". *Patient Education and Counseling* (núm. 27, pág. 121-122).
**McMahon, R.; Barton, E.; Piot M.** (1992). *On being in charge. A guide to management in primary health care*. Ginebra: OMS.
*Guía para el diseño, utilización y evaluación de materiales educativos de salud* (1984) Washington, DC: Organización Panamericana de la salud (OPS).
**Rochon, A.** (1991). *Educación para la salud. Guía práctica para realizar un proyecto*. Barcelona: Masson.
**Rohret, L.; Ferguson, K.J.** (1990). "Effective use of Patient Education Illustrations". *Patient Education and Counseling* (núm. 15; pág. 73-75).
**Wells, J.A.** (1994). "Readability of HIV/AIDS educational materials: the role of the medium of communication, target audience, and producer characteristics". *Patient Education and Counseling* (núm. 24, pág. 249-259).
**Williams M.V.; Parker, R.H.; Baker, D.W.; Parikh, N.S.; Pitkin, K.; Coates, C.; Nurss, J.R.** (1995). "Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals". *JAMA* (núm. 274, vol. 21, pág. 1677-1682).
**Yansenchak, P.A.; Bridle, M.J.** (1993). "A low literacy skin care manual for spinal cord injury patients". *Patient Education and Counseling* (núm. 22, pág. 1-5).

## Capítulo XI

*Curs de correcció de textos orals i escrits. Pràctiques autocorrectives* (1998). Vic: Eumo Editorial/ Generalitat de Catalunya, Direcció General de Política Lingüística.
*El medio revistas* (1998.) Barcelona: Asociación de Revista de Información.
*El poder prescriptor de las revistas* (1998). Barcelona: Asociación de Revista de Información.
**Martin Vivaldi, G.** (1987). *Géneros periodísticos*. Madrid: Editorial Paraninfo.
**Martínez Albertos, J.L.** (1977). *El mensaje informativo*. Barcelona: Editorial A.T.E.
**Pernau, J.** (1994). "Premios para ex fumadores". En: *El Periódico* (Barcelona: 12 de abril de 1994).
**Ramón y Cajal, S.** (1987). "Los tónicos de la voluntad" (capítulo VIII). En: G. Martin Vivaldi. *Géneros periodísticos*. Madrid: Editorial Paraninfo.
**Warren, C.N.** ( 1975). *Géneros periodísticos informativos*. Barcelona: Editorial A.T.E.
**Xifra Heras, J.** (1972). *La información, análisis de una libertad frustrada*. Barcelona: Editorial Hispano Europea.
**OMS** (1987). "Conferencia internacional sobre promoción de la salud. Carta de Ottawa". *Rev. San. Hig. Pub.*

## Capítulo XII

**Beà, J.M.** (1985). *La técnica del cómic*. Barcelona: Intermagen.
**Coma, J.** (1984). *Historia de los cómics* (4 vol). Barcelona: Josep Toutain.
**Eisner, W.** (1994). *El cómic y el arte secuencial*. Barcelona: Norma.
**Eisner, W.** (1998). *La narración gráfica*. Barcelona: Norma.
**Gasca, L.; Gubern, R.** (1988). *El discurso del cómic*. Madrid: Cátedra.
**Gubern, R.** (1972). *El lenguaje de los cómics*. Barcelona: Península.
**McCloud, S.** (1995). *Cómo se hace un cómic: el arte invisible*. Barcelona: Ediciones.
**Moliterni, G.; Moliterni, C.** (1996). *Diccionario del cómic*. Barcelona: Larousse.

## Capítulo XIV

**Griffiths, W.; Knutson, A.** (1969). "The role of mass media in public health". *American Journal of Public Health* (núm. 60, vol. 50, pág. 515-523).
**Karlyn, A.S.** (2001). "The impact of a targeted radio campaign to prevent STIs and HIV/AIDS in Mozambique". *AIDS Educ Prev*. (núm. 13, pág. 438-451).
**Kay, G.** (2001). "Healthy public relations: The FDA's 1930s legislative campaign". *Bull Hist med*. (núm. 75, pág. 446-487).
**Lewis, L.; Roach, B.; Haynes, E.A.** (2000). "Low-cost approach to public health education using multimedia packages". *J telemed telecare* (núm. 6, vol. 2, pág. 41-43).
**Lashuay, N.; Tjoa, T.; Zuniga de Nuncio, M.L.; Franlin, M.; Elder J.** (2000). "Exposure to immunization media messages among African American parents". *Prev Med* (núm. 31, pág. 522-528).
**Rice, R.E.; Pailet, W.J.** (1981). *Public Communication Campaigns*. Beverly Hills: Sage.
**Salleras, Ll.; Oromí, J.; Canela R.** (2001). "Métodos y medios en educación sanitaria". En: G. Piedrota *Medicina preventiva y salud Pública* (10.ª ed.). Barcelona: Masson.
**Sonden, A.J.; Arblaster, L.** (2000). "Mass media interventions for preventing smoking in young people". *Cocharane Database System Revue* (núm. 2, CD 001006).

## Capítulo XV

**Beck, R.S.; Daughtridge, R.; Sloane, P.D.** (2002). "Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review". *J Am Board Farm Pract* (núm. 15, vol. 1, pág. 25-38).
**Callaghan, P.; Chan, H.C.** (2001). "The effect of videotaped or written information on Chinese gastroscopy patients clinical outcomes". *Patient Educ Couns* (núm. 42, pág. 225-230).
**Clark, M.C.; Lester, J.** (2000). "The effect of video-based interventions on self-care". *West J Nurs res* (núm. 22, pág. 895-911).
**Corbett, S.W.; White, P.D.; Wittlake, W.A.** (2000). "Benefits o an informational videotape for emergency department patients". *Am J Emerg med* (núm. 18, pág. 1967-1971).

**Eakin, B.L.; Brady, J.S.; Lusk, S.L.** (2001). "Creating a tailored, multimedia, computer-based intervention". *Comput Nurs* (núm. 4, pág. 152-160).
**Hewison, J.; Cuckle, H.; Baillie, C.; Sehmi, I.U.; Lindow, S.; Jackson, F.** *et al.* (2001). "Use of videotapes for viewing at home to inform choice in Down syndrome screening: a randomized controlled trial". *Prenat Diagn* (núm. 21, pág. 146-169).
**Harrison, R.; Dey, P.; Slevin, N.J.; Eardley, A.; Gibbs, A.; Cowan, R.** *et al.* (2001). "Randomized controlled trial to assess the effectiveness of a videotape about radiotherapy". *Br J cancer* (núm. 84, pág. 8-10).
**Krouse, H.J.** (2001). "Video modeling to educate patients". *J Adv Nurs* (núm. 33, pág. 748-757).
**Murphy, P.W.; Chesson, A.L.; Walker, L.; Arnold, C.L.; Chesson, L.M.** "Comparing the effectiveness of video and written material for improving knowledge among sleep disorders clinic patients whit limited literacy skills". *South Med J* (núm. 93, pág. 297-304).
**Prégent, R.; Viau, R.** (1978). *Guide practique d'utilisation des moyens audio-visuels en classe*. Montreal: Université de Montreal, Service pédagogique de l'Ecole Politechnique. Lebel p. Audio-visuel et pédagogie. Paris: Éditions ESF 1979
**Pignone, M.; Harris, R.; Kinsinger, L.** (2000). "Videotape-based decision aid for colon cancer screening: A randomized, controlled trial". *Ann Intern Med* (núm. 135, pág. 761-769).
**Richman, L.A.; Urban, D.** (1978). "Health education thougth television: some theoretical applications". *Rev Int Educ Santé* (núm. 21, pág. 46-52).
**Salleras, Ll.** (1985). *Educación sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos.
**Wheeler, J.G.; Fair, M.; Simpson, P.M.; Rowlands, L.A.; Aitken, M.E.; Jacobs, F.** (2001). "Impact of a waiting room videotape message on parent attitudes toward pediatric antibiotic use". *Pediatrics* (núm. 108, pág. 591-696).

## Capítulo XVI

**Alonso, M.; Matilla, L.** (1990). *Imágenes en acción: Análisis y práctica de la expresión audiovisual en la escuela activa*. Madrid: Akal.
**Ferrés, J.** (1981). *Cómo hacer un montaje audiovisual*. Barcelona: Edebé.
**Ferrés, J.** (1988). *Vídeo y educación*. Barcelona: Laia.
**Ferrés, J.** (1989). "La educación audiovisual: Asignatura pendiente de la Reforma". *Cuadernos de Pedagogía* (núm. 175, pág. 84-89).
**Lacuey, J.** (1996). *Técnicas de comunicación y expresión*. Madrid: CCS.
**Sarramona, J.; Ucar, X.** (1993). Projeccions fixes: les diapositives i l'opascopi. *Crónica d'Ensenyament* (núm. 54, pág. 40-41).

## Capítulo XVII

**Bandura, A.** (1986). *Social Fundations of Thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

**Bouchard, J.** (1981). *L'autre publicité: La publicité sociétale*. Montreal: Heritage Plus.
**Brawley, E.A.** (1983). *Mass Media and Human Services: Getting the Message Across*. Beverly Hills: Sage.
**Cleeman, J.I.; Lenfant, C.** (1998). "The National Cholesterol Education Program: progress and prospects". *JAMA* (núm. 280, pág. 2099-2104).
**DeJong, W.; Winston, J.A.** (1989). *Recommendations for future mass media campaigns to prevent preteen adolescent substance abuse*. Harvard School of Public Health.
**Demierre, M.F.; Brooks, D.; Koh, H.K.; Geller, A.C.** (1999). "Public Knowledge, awareness, and perceptions of the association between skin aging and smoking". *J Am Acad Dermatol* (núm. 41, pág. 27-30).
**Flay, B.R.** (1986). "Mass Media and smoking cessation". En: *Annual Conference of the International Communication Association*. Chicago.
**Gotthoffer, A.R.** (1999). "Localization of relevant consequences in anti-drinking and driving PSAs (public service announcements) : a new approach to targeting underage college students?". *Health Mark Q* (núm. 16, pág. 17-37).
**Kelman, H.C**. (1969). *Processes of Opinion Change in the Planning of Change: Readings in the Applied Behavioral Sciences*: New York: Holt, Rinehart and Winston.
**Lefebre, C.; Flora, J.** (1988). "Social marketing and public health intervention". *Health Education Quarterly"*(núm. 15, pág. 229-315).
**MacCoby, N.; Salomon, D.S.** (1981). "Hearth Disease Prevention: Community Studies". En: R.E. Rice; W.J. Paisley. *Public Communication Campaigns*. Beverly Hills. CA: Sage.
**Rice, R.E.; Paisley, W.J.** (1981). *Public Communication campaigns*. Beverly Hills: Sage.
**Rogers, E.M.** (1983). *Diffusion of innovations*. Nueva York: Free Press.
**Rogers, E.M.; Storey, J.D.** (1987). *Communication campaigns*. En: C. Berger; S. Chafee. *Handbook of communication science*. Newbury Park. CA: Sage.
**Rogers, E.M.; Storey, J.D.** (1990). *Communication campaigns*. En: C. Berger; S. Salmon. *Public Information campaigns*. Newbury Park: Sage Publications Ltd.
**Thomas, E.; Everett, M.; Rogers Pradeep, S.** (1992). *Designing Health Communication Campaings: What Works?*. Newbury Park: Sage Publications Ltd.

## Capítulo XVIII

**Artaud, A.** (1964). *El teatro y su doble*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
**Brook, P.** (1973). *El espacio vació. Arte y técnica del teatro*. Barcelona: Ediciones Península.
**Capmany, M.A.** (1972). *El teatro universal*. Barcelona: Editorial Bruguera.
**Chejov, M.** (1968). *Al actor*. Méjico: Editorial Constancia.
**Desuché, J.** (1968). *La técnica teatral de Bertold Brecht*. Barcelona: Oikos-Tau Ediciones.
**Doat, J.** (1959). *La expresión corporal del comediante*. Buenos Aires: EUDEBA (Editorial Universitaria de Buenos Aires).
**Grotowski, J.** (1970). *Hacia el teatro pobre*. Madrid: Siglo veintiuno editores.
**Heffner, H.C.; Selden, S.; Sellman, H.D.** (1968). *Técnica teatral moderna*. Buenos Aires: EUDEBA (Editorial Universitaria de Buenos Aires).
**Hethemon, R.H.** (1981). *El Método del Actor's Studio*. Madrid.
**Hogson, J.; Richards, E.** (1982). *Improvisación*. Madrid: Editorial Fundamentos.

**Meyerhold, V.** (1982). *Teoría teatral*. Madrid: Editorial Fundamentos.
**Nietzsche, F.** (1979). *El nacimiento de la tragedia*. Madrid: Alianza Editorial.
**Olson, E.** (1985). *Tragedia y teoría del drama*. Barcelona: Edicions dels Quaderns Crema.
**Pavis, P.** (1983). *Diccionario del teatro*. Barcelona: Editorial Piados.
**Pérez, P.** (1973). *Iniciación al teatro popular*. Madrid: Doncel.
**Ruíz, M.; Contreras, A.** (1983). *Glosario de términos del arte teatral*. Méjico: Editorial Trillas.
**Stanislavski, K.** (1968). *El arte escénico*. Madrid: Siglo veintiuno editores.
**Uribe, M.L.** (1983). *La comedia del arte*. Barcelona: Ediciones Destino.
**Villiers, A.** (1959). *El arte del comediante*. Buenos Aires: EUDEBA (Editorial Universitaria de Buenos Aires).
**Wagner, F.** (1974). *Teoría y técnica teatral*. Barcelona: Editorial Labor.

## Capítulos XX y XXI

**Acosta, M.C.** (1997). "La evaluación de los programas en educación para al salud como indicador de calidad en los cuidados de enfermería". *Enfermería Científica* (núm. 180-181, pág. 47-49).
**Aguilar Idañez, M.J.; Ander-Egg Zamboni, J.G.** (1995). **"**Motivaciones, actitudes, resistencias y expectativas de personal de APS hacía la Promoción de la Salud y la Participación Comunitaria". *Centro de Salud* (enero, pág. 29-36).
**Ajzen, I.; Fishbein, M.** (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior* (pág. 4-11). New Jersey: Prentice-Hall Inc.
**Barquero González, A.; Cárdenas Santos, M.; Márquez Barrido, M.; Carrasco Escamilla Gómez, C.A.** (1967). *Principios fundamentales de educación sanitaria*. México: Trillas.
**Barquero González, A.; Cárdenas Santos, M.; Márquez Barrido, M.; Carrasco Acosta, M.C.** (1997). "La evaluación de los programas en educación para al salud como indicador de calidad en los cuidados de enfermería". *Enfermería Científica* (núm. 180-181, pág. 47-49).
**Ewles, L.; Simnett, I.** (1996). *Promoting health. A practical guide* (3.ª ed). Londres: Baillière-Tindall and RCN (Royal College of Nursing).
**Fernández Sierra, J.; Santos Guerra, M.A.** (1992). "Evaluación cualitativa de Programas de Educación para la Salud: una experiencia hospitalaria". En: A. Barquero. *La evaluación de los programas en educación para la salud como indicador de calidad en los cuidados de enfermería*. *Enfermería científica* (pág. 47-49).
**García Calvente, M.M.; Mateo Rodríguez, I.** (1993). "El cuidado de la salud ¿quién hace qué?". *Index de Enfermería* (núm. 6, pág. 16-19).
**Germán, C. y otros** (1988). "Programa de Educación sobre la Salud del Hipertenso y Familia". *Fichas EDUCA*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
**Germán, C.; Moreno, L.; Tomás, C.** (1999). "Escenarios de aprendizaje en Educación y Promoción de Salud". En: *Actas de las VII[a] Jornadas de Educación para la Salud*. Teruel: Universidad de Verano.
**Germán, C.; Peña, P.; Saura, S.; Manglano, F.; Sangüesa, R.; Sanz, C.; Monzón, S.** "Legibilidad de materiales educativos sobre lactancia materna en Aragón y Andalucía (1990-97)". *Index de Enfermería* (núm. 22, pág. 30-33).

**Green, L.W. y otros** (1980). "La educación sanitaria hoy y el modelo PRECEDE". *Health education planning: a diagnostic approach* (pág. 2-17). Mayfield Publishing Company.

**Hawe, P.; Degeling, D.; Hall, J.** (1993). *Evaluación en Promoción de la Salud. Guía para trabajadores de la Salud*. Barcelona: SG Jasson.

**López, M.A.; Valle M.O.; Sastre, Y.; Cueto A.** (1997). "Evaluación de un programa educativo para reducir factores de riesgo cancerígeno en la dieta". *Alim. Nutri. Salud* (núm. 2, pág. 50-58).

**López, S.; Germán, C.** (1993). *Sistema de registro para la evaluación de un programa de promoción de salud en ancianos*. IVª Jornadas de la Asociación de Enfermería Andaluza. Actas. Granada.

**March Cerdá, J.C.; Prieto Rodríguez, M.A.; Hernán García, M.; Bimbela Pedrola, J.L.; López Fernández, L.A.; Martínez Millán, J.I.** (1996). "La perspectiva de profesionales y usuarios en la prevención y promoción de salud. El marketing como herramienta para aumentar la calidad de servicios en atención primaria". *Cuadernos de gestión* (núm.1, vol. 2, pág. 45-51).

**Márquez Garrido, M.; Barquero González, A.; Carrasco Acosta, M.C.; Cárdenas Santos, M.D.** (1997). "Los programas de educación para la salud desde de una perspectiva cualitativa: El papel de la familia/cuidadores informales". *Enfermería Científica* (núm. 186-187, pág. 5-7).

**Martínez Navarro, J.F.; Aparicio Ramón, V.** (1996). "El proceso de salud enfermedad. Evolución histórica". En: Mazarrasa. *Salud Pública y Enfermería Comunitaria* (núm. 1, vol. 1). Madrid: McGraw Hill Interamericana.

**Organización Mundial de la Salud** (1961). *Informe Técnico nº 69*. Ginebra.

**Peplau, H.E.** (1991). *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Framework of Reference for Psychodynamich Nursing*. Nueva York: Springer

**Rice, M.; Valdivia, L.** (1991). "A simple guide design, use, and evaluation of educational materials". *Health Education Quarterly* (núm. 1, vol. 18, pág. 79-85).

**Rochon, A.** (1991). Educación para la salud. Guía práctica para realizar un proyecto. Barcelona: Masson.

**Rodríguez Fernández, M.J.; Teno Márquez, E.; Sánchez Pérez, M.R.; Martín Manzano, J.L.; Luna del Castillo, J.D.** (1997). "Actitud y apoyo social en la menopausia: evaluación de una intervención grupal". *Centro de Salud* (enero, pág. 29-33).

**Saéz, S.; Marqués, F.; Colell R.** (1995). *Educación para la Salud. Técnicas para el trabajo con pequeños grupos*. Lleida: Pagés.

**Sánchez Martos, J.** (1996). "La evaluación en los programas de educación para la salud". *Enfermería científica* (núm. 176, vol. 7, pág. 40-42).

**Turabián, J.L.; Pérez-Franco, B.; Meléndez, J.; Merino, C.; García, A.** (1995). "Evaluación por parte de un equipo de Atención Primaria de la IV Fiesta de Salud de Talavera de la Reina". *Centro de Salud* (diciembre, pág. 829-833).

**Weerdt, L.** (1990). "Determinants of active self-care behaviour of insulin treated patients with diabetes: implications for diabetes education". *Social Science Medicine* (núm. 5, vol. 30, pág. 605-615).